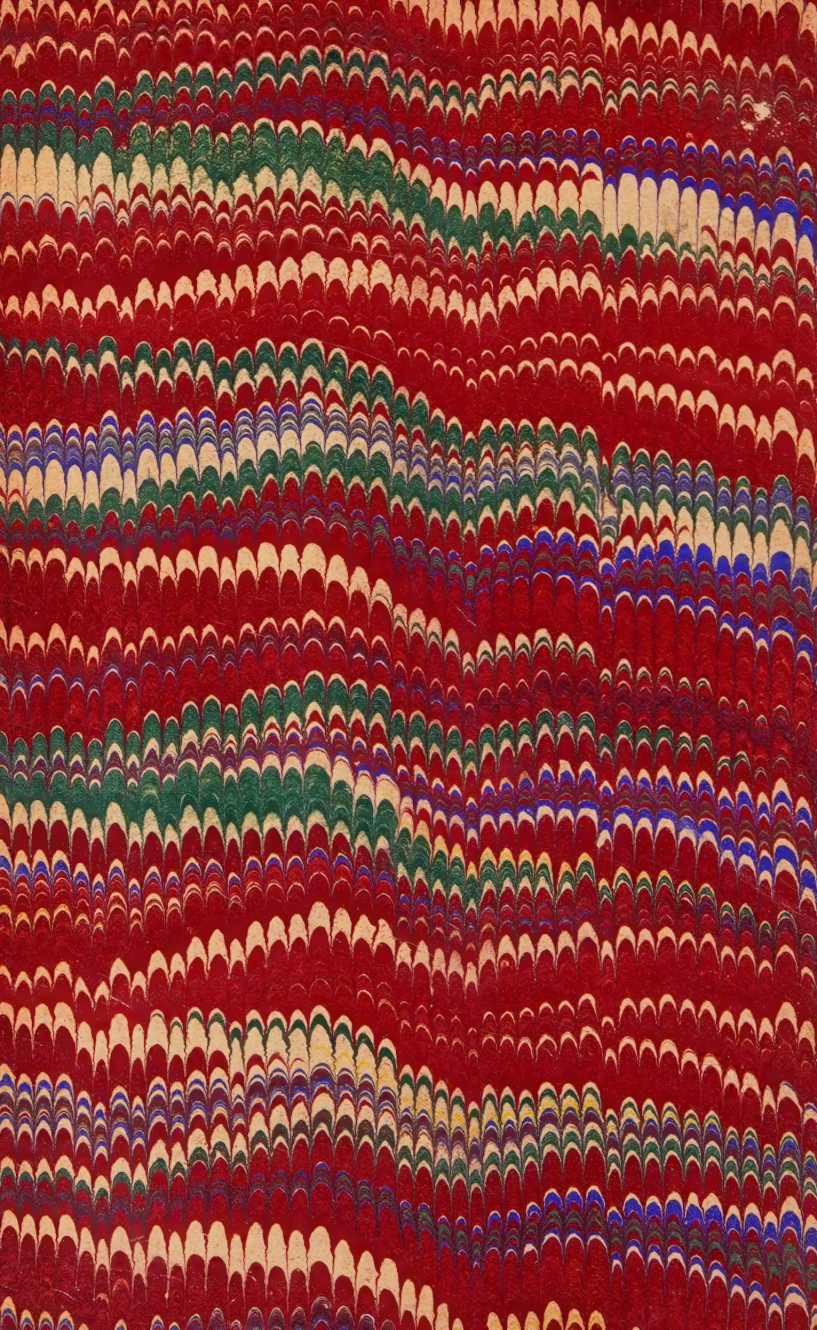
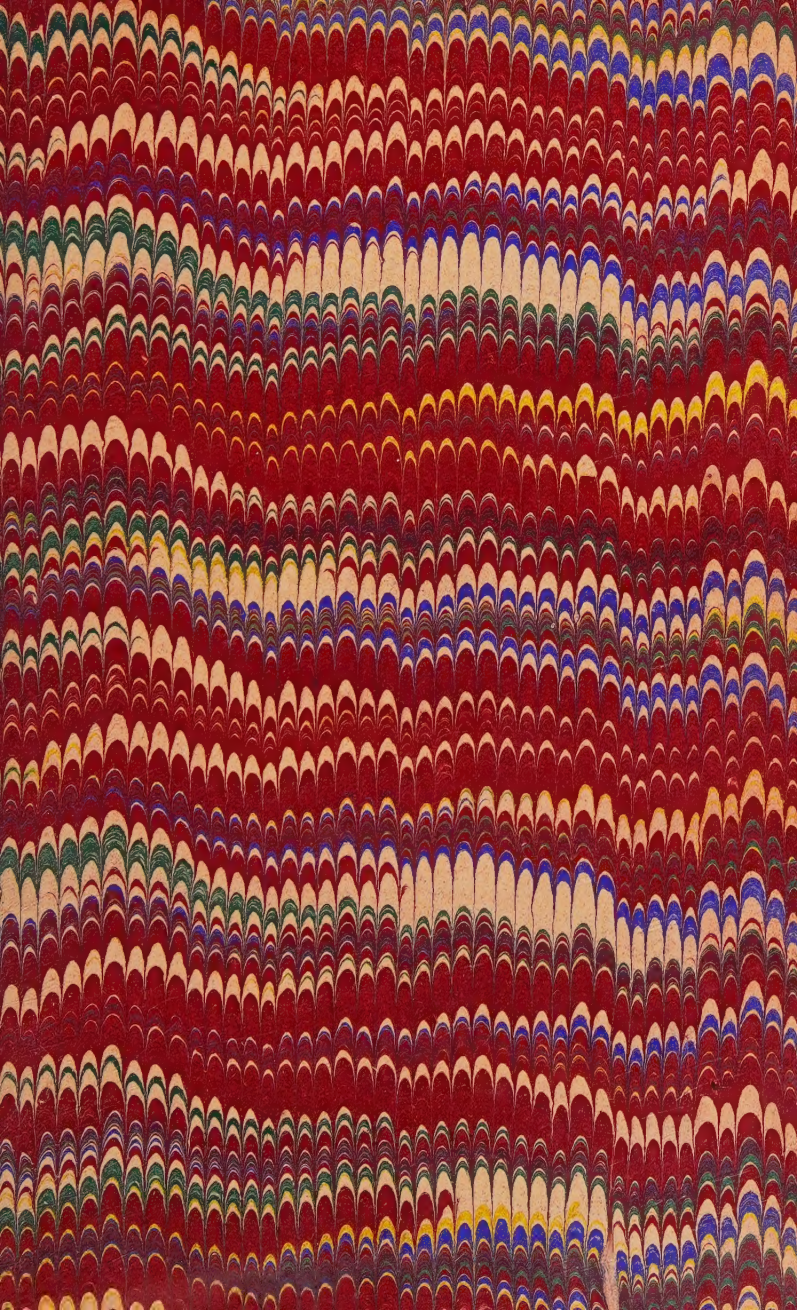


COUNTWAY LIBRARY




HC 4Y44 W





25. D. 81.



Digitized by the Internet Archive
in 2025

Hystérotomie et Hystérectomie
EN OBSTÉTRIQUE

HYSTÉROTOMIE
ET
HYSTÉRECTOMIE
en Obstétrique

PAR

Le Docteur V. BUÉ

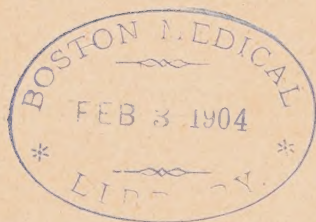
Ancien Chef de Clinique d'accouchements
à la Faculté de Médecine de Lille

MÉMOIRE COURONNÉ PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
PRIX TARNIER 1902

PARIS
LIBRAIRIE SCIENTIFIQUE ET LITTÉRAIRE
F. R. DE RUDEVAL, ÉDITEUR,
4, RUE ANTOINE DUBOIS (VI^e)

1903

4136



A MON MAÎTRE

LE PROFESSEUR GAULARD

PRÉFACE

Le docteur Bué m'a demandé de présenter son livre au public médical ; j'ai accepté avec le plus grand plaisir, en raison de mon estime pour l'auteur et à cause de la valeur du travail qu'il a soumis à l'appréciation de l'Académie de Médecine.

Entré à la Clinique obstétricale comme externe des hôpitaux, le 1^{er} Janvier 1891, M. Bué, après la réorganisation de mon Service, fut mon aide de Clinique, puis mon chef de Clinique pendant neuf ans. C'est dire qu'il a déjà pu acquérir quelques connaissances obstétricales.

Nous avons eu pendant toute cette période les relations les plus cordiales et les plus sincères.

Je ne saurais trop apprécier les éminents services qu'il a su me rendre en toute circonstance.

Dans sa Séance solennelle de Décembre 1902, l'Académie de Médecine a accordé à M. Bué un encouragement pour un mémoire présenté au prix CAPURON : « Des rapports des tumeurs fibreuses

de l'utérus avec la grossesse ». La Commission, composée de MM. PINARD, POZZI et RIBEMONT-DESSAIGNES (rapporteur), a ainsi reconnu une certaine valeur à ce premier travail.

Dans cette même Séance, M. BUÉ s'est vu attribuer le prix TARNIER, que l'Académie de Médecine décernait pour la première fois. MM. GUÉNIOT, BUDIN et PORAK (rapporteur), en étaient les juges.

Ce sont là de beaux succès, auxquels nous sommes heureux de rendre un éclatant hommage.

Dans le mémoire qu'il a écrit pour le prix TARNIER, l'auteur a passé en revue les indications actuelles de l'hystérotomie et de l'hystérectomie en obstétrique. Il a rassemblé des observations, des statistiques, pour chacune des indications qu'il envisage.

C'est ainsi que dans une série de chapitres, nous assistons à l'étude de ces interventions dans les bassins viciés, les accès éclamptiques, les atrésies vaginales, la rigidité du col, la putréfaction fœtale intra-utérine, le cancer et les fibromes utérins compliquant la grossesse et l'accouchement.

L'amputation partielle ou l'extirpation totale de l'utérus trouve-t-elle son indication, dans le traitement des ruptures utérines et de l'infection puerpérale aiguë ? C'est ce que l'auteur a tenté de mettre en lumière en résumant la plupart des travaux parus sur ces questions.

Les kystes de l'ovaire compliquant la grossesse et l'accouchement, la grossesse molaire, la rétraction de l'anneau de BANDL qui offre parfois des difficultés extrêmes pour la terminaison de l'accouchement, l'insertion vicieuse du placenta, l'inversion utérine, tout cela peut être une indication à l'hystérotomie ou à l'hystérectomie.

Tout accoucheur doit donc être quelque peu chirurgien et M. BUÉ ne l'a pas oublié. C'est pourquoi il a eu raison de décrire la technique dont on doit se servir pour mener à bien une opération césarienne, une hystérectomie totale ou subtotale.

Je ne saurais trop l'approuver d'avoir conservé à l'opération de PORRO, le rang qu'elle mérite toujours dans la pratique obstétricale, en raison de sa facilité et de sa rapidité d'exécution. Les observations qui terminent ce travail ont été recueillies dans mon Service de la Clinique obstétricale de Lille.

L'auteur a ainsi abordé un grand nombre de questions importantes qui ont donné lieu à des discussions dans ces dernières années. Il serait téméraire de dire qu'il les a toutes résolues ; il s'est d'ailleurs gardé de tirer de son étude des conclusions fermes qu'il est encore impossible de formuler pour la plupart des cas envisagés. Son expérience clinique ne lui permet pas de trancher tous les débats.

Son but a été surtout de mettre le sujet au point; nous pensons qu'il a réussi et qu'il a bien fait d'écrire ce livre, qui est un résumé des ressources combinées de la Chirurgie et de l'Obstétrique à l'aurore du xx^me siècle.

GAULARD,

Professeur de Clinique obstétricale,
à la Faculté de Médecine de Lille.

HYSTÉROTOMIE ET HYSTÉRECTOMIE EN OBSTÉTRIQUE

INTRODUCTION

L'obstétrique opératoire devait naturellement subir l'influence favorable de l'application rigoureuse des principes de l'asepsie et de l'antisepsie, mis au service d'une technique toujours perfectionnée.

L'accoucheur ne tarda pas à en faire bénéficier les parturientes ; il lui fut ainsi possible de lutter avec avantage contre certaines causes de dystocie et contre quelques accidents menaçant l'existence de la femme enceinte, en travail, ou accouchée.

On trouve, dans la littérature obstétricale de ces dernières années, des faits de plus en plus nombreux d'interventions graves en elles-mêmes, pratiquées avec un succès toujours croissant.

Dans ce mémoire nous nous sommes efforcé de passer en revue les différentes indications de l'hystérotomie et de l'hystérectomie en obstétrique, en nous appuyant sur les écrits et commun-

cations d'accoucheurs français et étrangers. Aussi souvent que possible, nous avons cité textuellement, c'est le meilleur moyen, à notre avis, de ne pas s'exposer à travestir la pensée des auteurs.

Le point de départ de notre travail nous a été fourni par la pratique de neuf interventions abdominales auxquelles nous avons assisté à la Clinique obstétricale du professeur GAULARD. Sept fois il s'est agi d'hystérotomie suivie d'hystérectomie partielle selon le procédé de PORRO ; deux faits concernent l'amputation utéro-ovarique avec traitement extra-péritonéal du pédicule, sans ouverture préalable de l'utérus.

Ces observations, rapportées à la fin de notre mémoire, nous permettent d'apporter une modeste contribution personnelle à la plupart des chapitres que nous avons étudiés.

Au point de vue obstétrical, la laparo-hystérotomie consiste dans l'incision de la paroi abdominale et de la paroi utérine et l'extraction de l'enfant par la voie ainsi artificiellement créée.

La conduite tenue ultérieurement est variable. Ou bien, après extraction du délivre, on suture les incisions utérine et abdominale ; ou bien on enlève l'utérus en partie ou en totalité.

Dans le premier cas, il s'agit de l'opération césarienne conservatrice, terme plus répandu, plus classique, que nous emploierons plus souvent.

Dans le second cas on fait une hystérectomie partielle ou totale.

L'hystérectomie partielle consiste dans l'ampu-

tation de l'utérus et des annexes au-dessus de l'insertion vaginale. Si le pédicule ainsi formé est amené à l'extérieur, dans l'angle inférieur de la plaie abdominale, on réalise l'amputation utéro-ovarique telle que PORRO l'a décrite : d'où le nom d'opération de PORRO.

Le pédicule est-il, au contraire, abandonné dans la cavité abdominale, après traitement spécial, il s'agit de l'hystérectomie subtotale.

L'extirpation complète de l'organe gestateur réalise l'hystérectomie abdominale totale.

On peut enfin pratiquer l'hystérectomie partielle ou totale sans hystérotomie préalable.

Ce sont les indications et contre-indications de ces procédés opératoires qui sont étudiées dans chacun des chapitres de notre mémoire.

Ces interventions permettent de conserver de nombreux enfants ; des mères, plus nombreuses encore, ont, grâce à elles, la vie sauve. C'est dire leur importance pour l'accoucheur qui, pour la circonstance, devient chirurgien. Notre travail serait donc incomplet si nous passions complètement sous silence la technique opératoire, relativement facile, inhérente à chaque procédé.

Nous avons enfin réservé un chapitre spécial à une opération connue sous le nom d'« Opération Césarienne vaginale », sorte d'hystérotomie pratiquée par la voie vaginale, dont nous étudions les indications comparativement à celles des autres procédés.

Nous croyons ainsi avoir atteint notre but : non

pas faire une œuvre originale, mais une œuvre utile s'adressant à tous ceux que l'obstétrique intéresse.

Notre mémoire comprend 14 chapitres disposés dans l'ordre suivant :

CHAPITRE PREMIER. — Il y est question des indications de l'opération césarienne dans les viciations pelviennes.

Nous envisageons tout d'abord la thérapeutique des pelviciations d'origine rachitique. Après l'étude des indications absolues de la section césarienne vient celle des indications relatives.

Comme la symphyséotomie est pour l'hystérotomie une rivale sérieuse dans une certaine catégorie de rétrécissements rachitiques du bassin, nous établissons une parallèle des deux opérations, dans leurs résultats immédiats et éloignés.

Les viciations pelviennes d'origine cyphotique prêtent lieu aux mêmes considérations ; viennent ensuite les indications de l'opération césarienne dans d'autres bassins viciés (bassins asymétriques, bassins couverts, bassins obstrués et déformés par des tumeurs solides développées aux dépens des os pelviens.

Ce chapitre premier comprend également l'étude des indications de l'opération de PORRO dans les rétrécissements pelviens ; nous signalons les indications absolues et les indications relatives, les résultats et les avantages, les inconvénients de

l'amputation utéro-ovarique avec traitement extra-péritonéal du pédicule. Ce qui nous amène à comparer le PORRO classique avec l'hystérectomie totale et avec l'hystérectomie subtotale.

CHAPITRE II. — Il est exclusivement consacré à l'étude du traitement de l'ostéomalacie et de la viciation pelvienne qui en est la conséquence par l'hystérotomie suivie de l'hystérectomie partielle ou totale. Nous montrons les heureux résultats de l'opération de PORRO.

CHAPITRE III. — Quelques accoucheurs sont partisans de l'opération césarienne dans l'éclampsie ; nous rappelons les principaux travaux parus sur la question.

CHAPITRE IV. — L'atrésie vaginale, surtout l'atrésie acquise, peut nécessiter l'hystérotomie ; nous avons tenté de distinguer les cas passibles de cette intervention et montré qu'il est préférable de la faire suivre de l'extirpation totale de l'utérus ou de l'amputation utéro-ovarique.

CHAPITRE V. — La section césarienne peut être indiquée par suite de la non-dilatabilité du col de l'utérus, atteint de rigidité. Dans ce chapitre nous n'avons en vue que la rigidité cicatricielle, la sclérose totale du col et du segment inférieur de l'utérus de nature syphilitique, et la rigidité, dite anatomique, consécutive à l'infiltration, l'induration des tissus cervicaux.

CHAPITRE VI. — Il a pour but de montrer la nécessité et les avantages de l'opération de PORRO dans les cas de putréfaction fœtale intra-utérine.

CHAPITRE VII. — Nous traitons ici de l'intervention pendant la grossesse et l'accouchement dans les cas de cancer du col de l'utérus.

CHAPITRE VIII. — Même étude concernant la grossesse et l'accouchement compliqués de tumeurs fibreuses de l'utérus.

CHAPITRE IX. — Il comprend l'étude comparée des différents traitements de la rupture utérine et l'exposé des raisons qui plaident en faveur de l'hystérectomie.

CHAPITRE X. — Les interventions pratiquées sur l'utérus, en particulier les hystéropexies, peuvent devenir une cause de dystocie nécessitant l'opération césarienne. C'est ce que prouvent plusieurs observations que nous avons résumées.

CHAPITRE XI. — Il est beaucoup question à l'heure actuelle du traitement de l'infection puerpérale aiguë par l'hystérectomie. Il nous a semblé intéressant de reprendre l'étude de cette question importante dans son ensemble, de rassembler et de reproduire les diverses opinions des accoucheurs et des chirurgiens.

CHAPITRE XII. — Nous avons réuni dans ce même chapitre quelques indications plus rares de

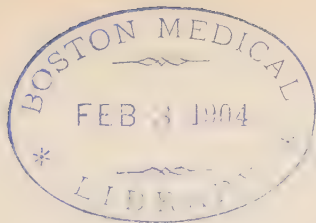
l'hystérotomie et de l'hystérectomie dans certaines conditions : décollement prématuré du placenta inséré en lieu normal, mort ou agonie de la femme enceinte, accouchement compliqué de kyste de l'ovaire non opérable, rétraction exagérée de l'anneau de BANDI., grossesse molaire.

CHAPITRE XIII. — L'opération césarienne vaginale étant opposée par quelques accoucheurs à l'hystérotomie abdominale, nous devons rappeler les principaux travaux qui s'occupent de ce sujet.

CHAPITRE XIV. — On y trouvera la technique des différentes interventions : opération césarienne conservatrice, avec les diverses incisions préconisées ; opération de PORRO classique ; hystérectomie subtotale ; procédé de HARTMANN dans les ruptures utérines.

L'ouvrage se termine par l'exposé des neuf observations que nous avons pu recueillir à la Clinique obstétricale de la Faculté de Lille, de 1892 à 1902.

Lille, le 20 février 1902.



CHAPITRE PREMIER

L'Opération césarienne dans les viciations pelviennes.

I. — Bassins rachitiques.

Nous sommes maintenant loin de penser comme PAJOT pour qui l'opération césarienne était « l'enfance de l'art », « une inspiration de sauvage qui coupe l'arbre pour avoir le fruit. »

Elle n'est plus, comme le disait JOHN HUNTER, « une de ces opérations qui sont l'opprobre de la chirurgie. »

La période fœticide, si longtemps en honneur en raison des désastres causés par la section césarienne, a disparu ou tout au moins tend à disparaître de plus en plus. Suivant en cela les préceptes de STOLTZ, M. PINARD condamne énergiquement l'embryotomie sur l'enfant vivant ; ses adeptes se font de plus en plus nombreux. C'est que la thérapeutique des viciations pelviennes a, elle aussi, largement bénéficié des théories pasto-

riennes et listériennes, et des méthodes, qui jadis, étaient avec raison réprouvées, sont devenues d'une application courante pour le plus grand bien des mères et des enfants qu'elles portent.

Ce sont ces méthodes que nous nous proposons d'exposer et de comparer.

Pour limiter notre sujet, nous établirons dès maintenant cette hypothèse : la femme est au terme ou près du terme de sa grossesse, ou bien elle est en travail.

Dans ces conditions nous commençons l'exposé des indications de l'opération césarienne, en reprenant successivement les écrits des divers auteurs qui se sont occupés de la question.

Au Congrès de Moscou, en 1897, OLSHAUSEN, s'occupant des indications de l'opération césarienne dans les rétrécissements pelviens, s'exprima ainsi :

D'après l'enseignement actuel, il faut reconnaître à l'opération césarienne, dans le traitement des sténoses pelviennes, une indication absolue et une indication relative. On entend par indication relative : donner la préférence à l'accouchement par la voie abdominale sur l'accouchement par les voies naturelles, non pas dans l'intérêt de la mère, mais dans celui de l'enfant. Mais il s'en faut de beaucoup que l'indication relative ait jamais obtenu l'assentiment général. Bien au contraire, le plus grand nombre des accoucheurs se sont toujours prononcés contre l'opération césarienne à indications relatives, pour éviter le risque ou la gravité

pronostique liée à cette intervention de sacrifier la mère au salut de l'enfant.

Or, les éléments du pronostic se sont, à l'heure actuelle, complètement modifiés, sans que la thérapie des viciations pelviennes ait subi une modification parallèle.

Si on considère maintenant comment sont posées les indications de l'opération césarienne, il semblera surprenant que depuis longtemps on ne publie pas plus de résultats de l'opération césarienne dans les grandes cliniques de tous pays. A mon avis le cercle des indications de l'opération césarienne reste, dans la plupart des cliniques, aujourd'hui plus restreint qu'il ne faut. En ce qui concerne les maternités allemandes, celles de Dresde et de Leipzig fournissent une ample expérience.

A Leipzig, ZWEIFEL, il y a déjà nombre d'années, n'avait eu qu'un décès sur 22 opérations. Je ne sais si à l'heure actuelle il a substitué totalement la symphyséotomie à la césarienne, abstraction faite, bien entendu, des sténoses pelviennes extrêmes, ou bien si, dans le cas de rétrécissement modéré, il ne fait pas tantôt l'une, tantôt l'autre de ces deux opérations.

LÉOPOLD a également fait la césarienne dans un grand nombre de cas, et, en réalité, avec de très bons résultats. Je crois, sous le rapport des indications, penser comme lui.

Qu'on réfléchisse que les conditions de l'indication absolue, indication en vertu de laquelle

l'opération n'était faite autrefois que dans l'intérêt de la mère, sont tout autres que jadis.

Dans beaucoup de cas, en effet, où jadis il ne pouvait être question que d'indication relative, l'indication est à l'heure actuelle absolue par la raison que la césarienne est devenue moins dangereuse pour la mère que l'accouchement par la filière pelvienne, même avec sacrifice de l'enfant.

A la vérité, on tiendra quelque peu et même beaucoup compte de certaines conditions extrinsèques, de l'état de la parturiente au moment où elle se présente à notre traitement. On ne fera jamais l'opération césarienne classique sur une femme sûrement infectée, sans au moins la faire suivre de l'extirpation totale de l'utérus.

La décision à prendre dépend en outre beaucoup de cette circonstance : la parturiente à traiter est-elle dans un de ces établissements où les laparotomies peuvent être exécutées sous le couvert de toutes les précautions nécessaires contre la septicémie. Depuis longtemps ma conviction est faite qu'il faut étendre les limites de l'opération césarienne non seulement dans l'intérêt de l'enfant, mais dans l'intérêt des parturientes.

Si je résume ce que j'ai voulu dire dans ce qui précède, voici les propositions qui en découlent :

1° Étant donnée la sûreté, à l'heure actuelle, attachée à l'opération césarienne sans diminution parallèle des dangers des autres opérations obstétricales, les limites de l'indication absolue de cette opération dans les sténoses pelviennes se sont

notablement étendues ; l'indication absolue existe là où jadis il ne pouvait être question que d'indication relative ;

2^o De même, pour les mêmes raisons, le cercle de l'indication relative mérite d'être agrandi, avec cette réserve de tenir bien compte des conditions extrinsèques de chaque cas.

En 1892, LÉOPOLD et HAAKE publient un mémoire :

« Sur cent opérations césariennes pratiquées dans un délai de 14 ans. » La première série de 50 comprend neuf années, la deuxième 5 seulement, ce qui prouve que l'on pratique plus souvent l'opération en raison des progrès réalisés au point de vue de l'asepsie, progrès qui ont permis d'élargir de plus en plus le cercle de l'opération césarienne pour indication relative. Si l'on arrive ainsi à restreindre de plus en plus la pénible nécessité de la perforation de l'enfant vivant, il est bien entendu que l'opération césarienne, d'indication relative, ne doit être exécutée que lorsque les conditions du milieu sont compatibles avec la réalisation rigoureuse de l'asepsie.

A la clinique de Dresde, l'indication absolue de l'opération césarienne dans les sténoses pelviennes est un conjugué vrai au-dessous de 6 centimètres. Ce repère numérique n'a toutefois rien d'absolu.

Il est plus difficile encore de fixer la limite supérieure pour l'opération césarienne à indication relative. La version suivie d'extraction immédiate peut lui être opposée. A la clinique de Dresde, on a

fixé, en raison des bons résultats obtenus, comme limite inférieure pour la version suivie de l'extraction immédiate avec le bénéfice de la position de Walcher, un conjugué vrai de 7 centimètres dans les bassins plats rachitiques et 7,5 cent. dans les bassins plats rachitiques généralement rétrécis, en sorte que, dans les sténoses pelviennes, les limites de la césarienne relative n'oscilleraient qu'entre 6 et 7,5 cent. de conjugué vrai.

LÉOPOLD ayant fait un grand nombre d'opérations césariennes, nous devons encore signaler son opinion en 1899.

Au Congrès d'Amsterdam, en 1899, LÉOPOLD traite la question de l'indication de l'opération césarienne, considérée en rapport avec celle de la symphyséotomie, de la craniotomie et de l'accouchement prématuré artificiel.

Comme nous avons supposé la femme à terme ou en travail, nous n'avons pas à nous occuper de la dernière opération.

LÉOPOLD établit une distinction entre les primipares et les multipares et admet les trois degrés suivants de rétrécissements :

1^o Le diamètre antéro-postérieur (promonto-sus-pubien) dépassant 7 cent. dans les bassins aplatis simples rachitiques, 7,5 cent. dans les bassins rachitiques généralement rétrécis.

2^o Le diamètre antéro-postérieur est au dessous de 7-7,5 cent. mais dépasse 6 cent.

3^o Le diamètre antéro-postérieur est au dessous de 6 cent.

Primipares. — Dans le premier groupe, les primipares ont généralement un accouchement assez bon. Avec prudence et patience on peut éviter beaucoup d'opérations aussi inutiles que dangereuses.

Indication relative. — Si la tête ne s'engage pas ou s'engage mal, ces cas, sous le rapport de leur marche, se rapprochent du deuxième groupement de bassins rétrécis (d. 7-7,5 à 6 cent.) dans lesquels, en règle générale, l'accouchement spontané n'est pas possible.

De quelle manière, dans ces conditions, mener pour la mère et l'enfant l'accouchement à bonne fin ?

Dans sa clinique, LÉOPOLD n'hésite pas à faire l'opération césarienne conservatrice pour sauver un enfant bien vivant, toutes les conditions requises étant réalisées.

Il se déciderait difficilement à faire chez ces femmes la symphyséotomie :

1° Parce que l'opération est plus grave et le traitement consécutif plus compliqué.

2° Parce que l'accouchement, même après la symphyséotomie, doit être terminé chirurgicalement.

3° Parce que pour les opérateurs qui ont pratiqué les deux opérations, c'est le chiffre de la mortalité maternelle qui fait pencher la balance.

Si l'enfant souffre (battements défectueux, écoulement du méconium, etc.), même à la clinique, LÉOPOLD préfère la craniotomie.

Dans les accouchements à domicile la craniotomie est la seule opération admissible si la tête est

retenue par un bassin trop étroit pour permettre le passage d'un enfant vivant.

Indication absolue. — Dans le troisième groupe, l'opération césarienne est la seule opération indiquée parce que le forceps et la version sont impossibles, la perforation ou la symphyséotomie très difficiles ou contre indiquées. L'indication de la section césarienne, avec ou sans conservation de l'utérus, s'impose absolument.

Multipares. — Chez les multipares, les difficultés du travail sont plus grandes en raison du poids et du volume plus considérables du fœtus.

Appelé au moment du travail, LÉOPOLD, en présence du premier groupe de rétrécissement, attend et protège la poche des eaux jusqu'à dilatation complète du col; alors il pratique la version suivie de l'extraction immédiate, en utilisant la position jambes pendantes.

« On réussit, dit-il, avec cette opération, dont la condition essentielle est l'intégrité de la poche des eaux, en utilisant la position de WALCHER, à extraire vivants des enfants pesant jusqu'à 3,500 et 3.800 grammes, malgré un conjugué vrai de 7 cent. pour les bassins plats et plats rachitiques, et de 7,5 cent. pour les bassins plats rachitiques généralement rétrécis.

Avançons un peu plus et examinons les cas de ce groupe placés à la limite inférieure, et dans lesquels l'expectation patiente n'amène pas au but. Le liquide amniotique est écoulé depuis longtemps, la tête s'attarde au-dessus ou au niveau du détroit

supérieur, et la version est trop dangereuse. Ces cas demandent à être envisagés comme ceux qui appartiennent au deuxième groupe des rétrécissements (7, 7,5 à 6 cent). On doit se demander ce que l'on doit faire sans mettre la mère en danger.

L'enfant est-il mort, la perforation s'impose naturellement ; mais, si l'enfant vit, les indications au point de vue de la conduite à tenir varient suivant que le cas appartient à la clinique ou à la pratique privée.

Dans la pratique privée, en général, on choisira la perforation ; à l'hôpital, la question se pose d'abord de la symphyséotomie ou de l'opération césarienne.

Le choix dépendra beaucoup des préférences de l'opérateur et de son expérience personnelle.

Pour ma part, dit LÉOPOLD, je donnerai la préférence à la césarienne et je résoudrai la question de l'extirpation ou non de l'utérus en tenant compte de ces deux éléments de décision : 1° Comment la femme supportera-t-elle l'intervention ?

2° Est-elle atteinte d'une affection locale ou générale, néphrite chronique, diabète, affections pulmonaires ou cardiaques graves, etc., la mettant indiscutablement en danger ? Une narcose prolongée, sans laquelle on ne peut pratiquer ni la césarienne, ni la symphyséotomie, aggrave beaucoup le pronostic, tandis que l'opération de PORRO exige, fait bien connu, beaucoup moins de temps, et, ainsi que je l'ai souvent montré à mes élèves, peut être très bien exécutée dans une demi-anesthésie ou

même après une simple anesthésie de la paroi abdominale.

Ainsi, les bruits du cœur de l'enfant sont-ils bons, il faut choisir entre la césarienne pour indication relative et la symphyséotomie.

Si, au contraire, l'enfant souffre, même à la clinique, la symphyséotomie ou la césarienne avec le but de sauver une vie aussi incertaine ne me paraissent pas justifiées ; je les trouve tout au moins très osées. Donc, il faut donner le choix à la perforation quand la vie de l'enfant est tout à fait compromise.

Ce précepte est surtout bon pour la pratique privée, à moins qu'on ne se trouve dans de bonnes conditions de milieu et d'assistance et que les proches soient bien pénétrés des risques que fait courir à la mère l'opération qui a pour but de sauver l'enfant : alors, le médecin peut intervenir en toute confiance.

Dans les bassins du troisième groupe l'opération césarienne est tout autant que pour les primipares la seule opération permise, la symphyséotomie étant contre-indiquée par le rétrécissement trop considérable.

En résumé, à terme :

1^o L'opération césarienne a des indications absolues ou relatives : dans les bassins d'un diamètre antéro-postérieur de 7,5 à 6 cent. l'indication est relative ; si le diamètre antéro-postérieur est au dessous de 6 cent. l'indication est absolue.

Les conditions nécessaires pour la césarienne à

indication relative sont les suivantes : accouchement spontané impossible, malgré l'utilisation du kolpeurynter et de la position de WALCHER ; forceps et version ne sont pas applicables ; l'enfant est bien vivant ; la parturiente dont la délivrance ne souffre plus aucun retard est dans un hôpital ou dans un milieu où toutes les conditions nécessaires, non-seulement pour l'opération mais aussi pour les soins consécutifs, se trouvent assurées. Ces conditions ne sont-elles pas remplies, l'indication sera de substituer à la césarienne ou à la symphyséotomie, la craniotomie.

Quand on se trouve en présence d'un bassin rétréci avec un conjugué vrai de 6 cent. et au-dessous, il faut faire l'opération césarienne.

La symphyséotomie est applicable aux bassins rétrécis dont le conjugué vrai varie de 7,5 à 6,5 centimètres. Les limites sont donc beaucoup moins étendues que celles de la césarienne.

Le choix entre l'opération césarienne et la symphyséotomie dépendra beaucoup des préférences et de l'expérience personnelles de l'opérateur.

Les résultats fournis par les deux opérations, quand on réalise soigneusement les conditions de milieu et de technique, sont, pour la mère et l'enfant, à peu près équivalents.

D'après VEIT, l'amélioration de la technique opératoire et les progrès de l'antisepsie ont permis d'étendre beaucoup les indications, surtout les indications relatives, de l'opération césarienne.

Il faut cependant compter sur la pratique et ne

pas rejeter d'emblée, en cas de bassin vicié, les interventions autres que l'opération césarienne ou la symphyséotomie.

Pour VEIT, à l'heure actuelle, il y a indication relative de l'opération césarienne quand le médecin, après examen de toutes les circonstances touchant la malade, peut espérer une issue heureuse pour la mère, en cas d'opération césarienne. Il faut donc s'inspirer de chaque cas individuel ; et la détermination pour l'opération doit venir de l'accoucheur et non de la malade.

Le désir de la mère d'avoir un enfant vivant ne suffit pas.

Il faut rejeter l'opération césarienne si l'asepsie du vagin n'est pas très probable (explorations vaginales multiples, rapports sexuels récents, travail en train, essais d'intervention par le vagin, gonococcie). Si donc on se trouve en présence d'une femme en travail et que la tête ne puisse descendre, il faut rejeter l'opération césarienne, pour faire, après échec de la version ou du forceps au détroit supérieur, ou la symphyséotomie ou la perforation de la tête fœtale.

Au même Congrès d'Amsterdam, PESTALOTTA, traitant la même question que LÉOPOLD, pose les conditions suivantes :

« Les moyens suggérés dans les cas de dystocie par rétrécissement pelvien peuvent être ainsi résumés :

1^o Moyens qui se proposent de diminuer les dimensions du fœtus ;

2° Moyens qui aboutissent à l'augmentation de la capacité du bassin ;

3° Moyens qui visent à éluder les conséquences du rétrécissement en évitant le passage du fœtus à travers le bassin.

Parmi les moyens du premier groupe, nous n'avons à envisager que l'*embryotomie*. Tous les accoucheurs, dit PESTALOZZA, n'ont pas le courage d'exposer la femme aux dangers inséparables d'une symphyséotomie ou d'une opération césarienne. Tous les locaux ne sont pas adaptés pour ces opérations. Toutes les femmes ne se prêteraient pas de bon gré à une opération si sérieuse. Ces difficultés on les rencontre plus rarement dans les maternités, mais souvent en ville.

Avec un bassin ayant un C. V. au-dessous de 70 mill., il est facile de prévoir l'insuccès de toute tentative d'extraction de l'enfant sans mutilation. Qui ne peut ou ne veut pas avoir recours à l'opération césarienne se trouvera dans ce cas dans la nécessité de pratiquer l'*embryotomie* même sur l'enfant sain. »

Les moyens du second groupe, qui aboutissent à l'augmentation de la capacité du bassin, comprennent la position de WALCHER et la *symphyséotomie*.

Relativement à la dernière, PESTALOZZA s'exprime ainsi :

1° La symphyséotomie a acquis définitivement sa place au rang des opérations obstétricales. Elle doit toutefois être limitée entre des bornes

bien précises, si l'on veut se soustraire aux dangers qui pourraient en compromettre les bons résultats.

2° Le but que l'accoucheur se propose en exécutant la symphyséotomie, c'est de gagner assez d'amplitude pour permettre à la tête du fœtus à terme un passage naturel, ou une extraction facile, non forcée. Ce résultat peut être atteint à la condition de ne pas dépasser dans son application des limites bien précises, soit de ne pas descendre au-dessous de 70 millimètres de conjugué vrai. Un bassin de 70 millimètres qui a un sacrum de largeur moyenne atteint 83 millim. par la seule projection en avant des pubis séparés, et 85 millim. si l'on tient compte de l'abaissement des pubis. Plus loin, il n'est pas possible d'arriver à moins de dépasser la limite de 6 cent. dans le degré d'écartement, limite que la plupart des auteurs croient dangereux de dépasser. Ainsi agrandi, le bassin de 70 millim. peut encore permettre le passage de la tête d'un fœtus qui a 90 millim. de diamètre bi-pariétal. Les 5 millim. en moins peuvent toujours être compensés, soit par l'engagement de la bosse pariétale antérieure entre les pubis séparés, soit par l'espace libre que le pariétal postérieur trouve au niveau d'une des symphyses sacro-illiaques, soit enfin par la réductibilité de la tête fœtale.

3° Il n'est pas dit que l'opération ne puisse atteindre son but même au dessous de cette limite extrême. Mais les statistiques démontrent que, au dessous de cette limite, les dangers pour la mère et

pour l'enfant augmentent dans une proportion rapidement progressive.

4° Au dessus de 70 millim. la symphyséotomie peut trouver une indication rationnelle jusqu'à 80 millim. de C. V. s'il y a lieu de compter sur un enfant régulièrement développé.

5° Au dessus de 80 millim. et jusqu'à 85, la symphyséotomie aura des indications relatives, seulement s'il y a le concours de certaines conditions particulières : défaut de plasticité de la tête fœtale, résultat défavorable des accouchements antérieurs traités autrement, insuffisance du forceps reconnue à la suite de quelque essai préalable.

6° Au dessous de 70 millim. comme au-dessus de 85 la symphyséotomie ne doit être appliquée que s'il y a un motif à se douter d'une dimension anormale de la tête fœtale, au-dessus et au-dessous de la moyenne.

7° On peut trouver des indications plus rares à la symphyséotomie dans les rétrécissements du détroit inférieur, dans les tumeurs occupant l'excavation, dans les présentations du front et de la face.

8° Les progrès récents de l'obstétrique opératoire nous portent à rejeter absolument l'association méthodique de la symphyséotomie avec l'accouchement prématuré artificiel, aussi bien que celle de la symphyséotomie avec l'embryotomie.

9° Il est toujours prudent de limiter la symphyséotomie aux multipares et cela pour deux raisons; on est instruit par les accouchements antérieurs, et

les dangers de déchirures des parties molles (un des écueils de la symphyséotomie) sont beaucoup plus grands chez la primipare que chez la multipare.

10° La limitation aux multipares n'est pas toutefois à accepter dans un sens absolu. Les parties molles des primipares ne se déchirent pas toujours si facilement : on peut d'ailleurs les préparer jusqu'à un certain degré par le kolpeurynter.

11° La symphyséotomie sera formellement réservée au cas de fœtus vivant et sain.

12° La symphyséotomie, bien qu'elle ne soit pas une de ces très graves opérations qui réclament presque d'une façon absolue un local spécial d'opération, entraîne toutefois des dangers et implique des responsabilités qui ne se limitent pas toujours au succès immédiat, et, quelle que soit la confiance du médecin dans son habileté opératoire, difficilement il se décidera à pratiquer la symphyséotomie dans sa clientèle privée. »

Le moyen du troisième groupe est l'*opération césarienne*.

INDICATIONS

1° Comme les limites de la symphyséotomie s'arrêtent respectivement à 70 millim. les bassins rétrécis au-dessous de 70 millim. ne pourront nécessairement être du ressort que de l'opération césarienne ou de l'embryotomie. Rien de plus justifié que l'aspiration de l'heure actuelle, qui vient à considérer l'embryotomie sur l'enfant vivant comme

une opération d'exception ; l'opération césarienne sera la règle : c'est-à-dire qu'au dessous de 70 mil^m. l'opération césarienne trouvera une indication absolue.

Au-dessus de 70 millim. il y a d'autres opérations qui sont à même de nous faire atteindre complètement le but obstétrical et d'entrer en concurrence avec l'opération césarienne, c'est-à-dire qu'au-dessus de 70 millim. l'on ne parlera plus d'une indication absolue, mais d'une indication relative.

2° L'indication absolue n'a pas besoin de justification pour ce qui concerne les intérêts de la vie fœtale, mais pour la vie maternelle nous ne pouvons pas oublier que la mortalité de l'opération césarienne, dans les cliniques et dans la main des meilleurs opérateurs, varie encore entre 6 et 10 %/o. Elle serait encore plus forte si l'opération devait se vulgariser dans les conditions sans doute moins favorables de la clientèle privée et de l'opérateur isolé. Et voici surgir une question : si l'accoucheur qui reconnaît n'avoir pas à la portée de la main tous les moyens pour mieux garantir l'issue de l'opération césarienne, n'a-t-il pas raison de préférer dans certains cas l'embryotomie ?

3° Avec un bassin entre 70 et 60 millim, l'on aura donc le droit de parler d'une indication absolue à l'opération césarienne dans les cliniques, mais dans la clientèle privée elle pourra laisser la place à l'embryotomie.

Au-dessous de 60 millim. l'embryotomie elle-même présente des dangers qui peuvent égaler et

surpasser ceux de l'opération césarienne qui rentre pour cela dans ses droits, et qui est la seule ressource possible si le bassin descend au-dessous de 50 millim.

4° L'indication relative à l'opération césarienne est beaucoup plus discutable ; elle irait de 70 à 80 millim. tout en tenant compte aussi de la variabilité des dimensions fœtales. La plus forte raison en sa faveur c'est que, comme elle se met en parallèle avec la symphyséotomie et l'accouchement prématuré, elle égalise à peu près la première par les dangers pour la mère et devance de beaucoup le second dans les avantages pour l'enfant.

5° La primiparité ou la multiparité pourrait dans ces cas influencer notre choix entre l'opération césarienne et la symphyséotomie ; il faut aussi compter sur les préférences que l'opérateur pourrait avoir pour l'une ou pour l'autre. Quant à nous, nous reconnaissons à l'opération césarienne l'avantage d'être une opération typique et l'inconvénient de réclamer l'ouverture de la cavité péritonéale.

6° Cette indication de l'opération césarienne pourra toutefois trouver son application à la seule condition que l'on soit à même d'offrir à la femme un local et un entourage tels qu'ils sont de rigueur nécessaires pour toute laparatomie.

7° Le choix entre l'opération césarienne conservatrice et l'opération de PORRO doit se résoudre en thèse générale, à la faveur de la première, à moins qu'il n'existe une indication particulière à l'amputation de l'utérus.

Naturellement l'opération conservatrice aura encore plus de droit à être choisie si au lieu d'une indication absolue il s'agit d'une indication relative à l'opération césarienne.

BARNES était également d'avis d'étendre les limites de l'indication à l'opération césarienne, parce que la mortalité qui était de 81.2 % avant 1880 a baissé jusqu'à 8 % (LÉOPOLD, HAAKE) et 6.8 % (OLSHAUSEN, 29 cas).

Quant à la symphyséotomie, elle devra disparaître un jour de la thérapeutique des bassins viciés.

La mortalité effrayante qui suivait la vieille opération césarienne, écrit REED, était cause qu'on lui substituait pour un temps la méthode de PORRO. Les conditions chirurgicales ayant changé, on peut dire que ces deux opérations ne seront plus longtemps rivales, mais que l'une sera le complément de l'autre.

Les indications de l'opération césarienne sont habituellement classées en indications absolues et indications relatives : absolues quand il n'y a pas d'autre alternative pour terminer l'accouchement, relatives, quand on a le choix entre ce procédé et un autre.

Pour les bassins viciés, les indications absolues sont :

Bassin plat avec C. V. de 65 millim. et enfant vivant.

Bassin généralement rétréci avec C. V. de 75 millim. et enfant vivant.

Bassin avec C. V. de 55 millim. et enfant mort.

Les indications relatives sont plus difficiles à formuler et ne sont habituellement déterminées que par les conditions particulières de chaque cas.

La section césarienne est mise en parallèle avec la symphyséotomie quand l'enfant est vivant et que le C. V. varie de 65 à 75 millim.

Quand la vitalité maternelle a été sérieusement diminuée par l'infection septique ou un travail prolongé, ou une maladie compliquant la grossesse, la mortalité de la section césarienne est si élevée que c'est une opération injustifiée ; dans de tels cas la symphyséotomie est quand même applicable, sinon la craniotomie sur l'enfant vivant dans l'intérêt de la mère.

Quand la mère est dans de bonnes conditions générales, saine et non infectée, non épuisée par un travail de longue durée ou par des essais prolongés de délivrance avec le forceps, la section césarienne est une opération si sûre qu'on peut la faire sans hésitation dans les accouchements à terme, dans lesquels la délivrance par la voie pelvienne pourrait être fatale à l'enfant.

Les indications de l'opération de PORRO peuvent être classées de la façon suivante :

1. — Tous les cas dans lesquels, en raison des conditions générales, la section césarienne est indiquée et l'ablation de l'utérus nécessaire.

2. — Quand l'enfant est mort et qu'il y a de l'infection utérine.

3. — En cas d'atonie utérine et d'hémorrhagie

incoercible provenant de l'insertion placentaire.

Les avantages du PORRO sur l'opération césarienne conservatrice résident quelque peu dans la rapidité de l'opération, mais plus dans la prophylaxie des hémorrhagies postpartum et dans la diminution des chances d'infection. Il doit être entendu toutefois que l'opération conservatrice est l'idéal et que l'on ne doit faire le PORRO que quand il est positivement indiqué.

La césarienne faite pendant le travail, d'après REYNOLDS, en présence d'une infection utérine ou d'autres maladies constitutionnelles, présente, selon l'expérience de tout opérateur qui l'a faite, une mortalité si élevée qu'elle est totalement injustifiée dans l'intérêt seul de l'enfant.

Quand une césarienne est faite sur une femme bien portante au début du travail, et dans toutes conditions favorables, pour des indications purement mécaniques, elle n'a pas, entre des mains habiles, une mortalité autre que celle qui est commune à toutes les grandes opérations par elles-mêmes.

Les inconvénients et le taux élevé de la morbidité de la symphyséotomie rendent celle-ci bien inférieure à la section césarienne comme opération de choix.

La symphyséotomie est l'opération de choix dans quelques cas négligés (pour lesquels la césarienne est contre-indiquée), qui ne permettent pas l'extraction facile d'un enfant vivant sans symphyséotomie, mais qui la permettront facile et

sûre après elle. Elle n'entraîne pas plus de risques pour la mère qu'une craniotomie ou un forceps élevé, difficile et longtemps appliqué sans résultat.

WILLIAMS (de Baltimore) résume ainsi son opinion sur les indications de l'opération césarienne pour bassins viciés :

En présence des bons résultats de l'opération césarienne, ses indications doivent être élargies ; de fait nous trouvons que ZWEIFEL, OLSHAUSEN, REYNOLDS, BAR, CHARLES et CRAGIN ont fait 162 opérations avec 5 morts, soit 3 pour cent.

Dans les cas non infectés, la limite supérieure pour l'indication absolue de la section césarienne devrait être portée de 5,5 à 7 cent. et l'indication relative de 7 ou 7,5 à 8.5 pour les bassins plats et 9 cent. pour les bassins généralement rétrécis.

Avec l'indication absolue, l'opération peut être pratiquée ou à la fin de la grossesse ou au début du travail ; en présence d'indications relatives, la femme doit attendre la deuxième période du travail, avoir eu de fortes contractions douloureuses pendant une heure ; si la tête ne se moule pas ou ne s'engage pas, la section césarienne doit être faite au lieu de la version ou du forceps sur une tête mobile.

DAVIS, de son côté, s'exprime ainsi :

La mortalité maternelle dans l'opération césarienne est beaucoup réduite par une stricte asepsie, des sutures appropriées des parois abdominale et utérine, par les moyens d'éviter les hémorragies abondantes.

L'indication est absolue quand la sortie de l'enfant par les voies naturelles est impossible même après symphyséotomie ou craniotomie. Il en est ainsi dans les bassins très viciés ou dans les cas d'obstruction du pelvis normal par des tumeurs.

La symphyséotomie a restreint l'opération césarienne aux seuls cas où le diamètre conjugué n'excède pas 2 pouces et demi, l'enfant étant développé et à terme.

Après décision des indications positives, il devient nécessaire de décider si l'on fera l'opération césarienne conservatrice ou le PORRO. Si l'on fait la césarienne conservatrice, on doit avoir présent à l'esprit qu'on laisse la malade dans des conditions telles que la même opération pourra être nécessaire à l'avenir.

Les indications de l'opération de PORRO sont d'après CAMERON :

1^o Si l'utérus est infecté : les chances de guérison de la mère étant augmentées par l'ablation de l'organe.

2^o S'il y a inertie complète au cours de l'opération.

Les indications relatives de l'opération césarienne sont très difficiles à déterminer. En fait, le plus souvent c'est la malade qui décidera après explication claire et nette des faits devant elle. Ces indications existent quand l'obstacle est suffisant pour rendre douteux le passage d'un enfant vivant et viable par les voies naturelles, comme un diamètre conjugué de 2 à 3 pouces et demi.

Avec un conjugué vrai de 6,5 cent. et au-dessous, dit E. FRANCK, pas d'hésitation ; si la femme n'est pas infectée on fait l'opération césarienne conservatrice, si on a quelques doutes ou si la fièvre existe, on fait le PORRO.

Pour les rétrécissements moyens il est plus difficile de se décider ; quand on n'a pas la sécurité d'une antisepsie complète, il faut rejeter la laparotomie : la césarienne conservatrice est trop incertaine, le PORRO trop radical. Après une craniotomie, la femme pourra redevenir enceinte et être opérée de la césarienne.

R. BRAUN-FERNWALD : indication absolue 6 cent. et au-dessous de C. V. Quand il y a indication relative, l'opération césarienne est à faire dans une clinique.

Il rejette absolument la symphyséotomie dans le traitement des bassins viciés ; pour lui, c'est une opération difficile, donnant de mauvais résultats.

Ch. JEWETT (de New-York) : « La place de la symphyséotomie par rapport à la section césarienne ». Conclusions :

1. — La symphyséotomie est utile dans une classe limitée de viciations pelviennes.

2. — Elle est soumise aux conditions qui ne réclament qu'un petit espace complémentaire pour l'accouchement.

3. — Elle est une ressource sérieuse dans les cas où le forceps prouve à l'improviste son insuffisance.

4. — Le forceps à tractions dans l'axe, aidé de

la position, doit toujours être tenté avant d'avoir recours à la symphyséotomie.

5. — Les résultats seraient beaucoup améliorés si on la restreignait aux bassins n'ayant pas un conjugué de moins de 75 mill.

6. — Dans des conditions favorables, sa mortalité totale ne doit pas être supérieure à celle de la section césarienne.

7. — Elle peut être choisie de prime-abord au lieu de l'opération césarienne quand l'opérateur s'est assuré que le degré de rétrécissement est bien dans les limites convenables.

Là, le choix de l'opération est tout affaire de préférence personnelle.

8. — Dans sa sphère, la symphyséotomie est meilleure que l'opération césarienne pour un opérateur de petite expérience dans la chirurgie abdominale.

Dans son remarquable rapport présenté au Congrès d'Amsterdam (1899), M. le professeur PINARD a résumé sa façon de penser : « Le degré de viciation pelvienne qui, pendant longtemps, a servi de base exclusive pour le choix des interventions, n'a pas l'importance qu'on lui attribue généralement. Outre qu'il est difficile en clinique de le connaître exactement, il ne doit être considéré que dans son rapport avec les dimensions fœtales.

En face d'une femme ne pouvant accoucher par suite d'un rétrécissement du bassin, l'enfant étant vivant, quelle conduite tenir ?

A l'heure actuelle, en raison de ce que nous a

appris l'expérience, deux interventions seulement peuvent et doivent être discutées : l'agrandissement momentané du bassin ou l'opération césarienne.

Dans le cas de rétrécissement extrême, l'accord est général : l'opération césarienne est la seule opération indiquée. Inutile de dire que je n'accepte l'opération césarienne qu'à terme, c'est-à-dire au début du travail.

Mais ces cas sont très rares et le deviendront de plus en plus en raison des progrès de l'hygiène de l'enfance dans tous les pays.

Les cas les plus nombreux sont les bassins dont le diamètre promonto-pubien minimum, le diamètre utile, le diamètre vrai est au-dessus de 65 millim.

Doit-on dans ces cas pratiquer la symphyséotomie ou l'opération césarienne ? La véritable importance de la question est là.

Les avantages qui semblent incliner en faveur de l'opération césarienne sont les suivants : opération facile pouvant être pratiquée dès le début du travail, avant l'infection de la mère et avant tout état de souffrance de l'enfant. De plus, aucune difficulté pour l'extraction de l'enfant. Le danger est l'ouverture de la cavité abdominale.

La symphyséotomie ne peut être pratiquée au début du travail ; elle n'est qu'une opération préparatoire que suit le plus souvent l'extraction à travers des parties molles non dilatées.

Je reconnais ces inconvénients et ne les nie point. Mais l'avantage immense de ne point

ouvrir la cavité abdominale me fait donner sans hésitation la préférence à la symphyséotomie, dans tous les cas où elle peut être pratiquée. Je suis absolument convaincu que, pratiquée chez des femmes non infectées, la symphyséotomie fait courir moins de dangers que l'opération césarienne.

Et je suis heureux de constater que telle est l'opinion de mon éminent collègue ZWEIFEL, qui a pratiqué avec tant de succès de nombreuses opérations césariennes.

En face d'une femme infectée, que doit-on faire ?

L'expérience d'aujourd'hui n'est pas suffisante pour qu'on puisse donner la préférence à telle ou telle intervention, et nous ne pouvons que recommander de tout faire pour éviter l'infection.

Je donne les pièces justificatives qui m'autorisent à tenir ce langage. Le jour où il me sera démontré, par des pièces justificatives semblables, qu'une autre conduite donne de meilleurs résultats, je m'empresserai de la suivre. »

Nous trouvons dans un ouvrage récent de M. BAR une étude intéressante et complète de l'opération césarienne ; voici ce que dit l'auteur à propos des indications relatives de la section césarienne conservatrice et de la symphyséotomie :

« Je laisse de côté les cas où tout le monde est d'accord pour rejeter la symphyséotomie ; je supposerai un de ces rétrécissements moyens dans lesquels la symphyséotomie semble à l'avance devoir être nécessaire pour que l'accouchement puisse se faire par les voies naturelles.

En pareil cas, l'opération césarienne conservatrice doit-elle être choisie de préférence à la symphyséotomie ?

L'opération césarienne sauvegardera complètement les intérêts de l'enfant tandis que la symphyséotomie ne le fera qu'imparfaitement.

Par contre, les risques opératoires immédiats : (hémorrhagie, choc), sont plus grands pour la mère dans l'opération césarienne que dans la symphyséotomie.

L'opération césarienne, pour peu qu'il y ait faute contre l'asepsie, fait courir à la mère plus de risques de mort par infection que la symphyséotomie.

Mais, aseptiquement pratiquée, elle en fait courir moins, car il n'y a pas à tenir compte, avec elle, des aléas que crée l'extraction du fœtus.

Enfin, les suites éloignées de l'opération césarienne sont beaucoup moins sérieuses que celles de la symphyséotomie.

Dans ces conditions :

1^o Si le travail n'est pas commencé, j'estime que l'accoucheur devra préférer l'opération césarienne à la symphyséotomie, s'il lui est possible d'opérer dans un milieu aseptique et si la malade n'est pas elle-même sous le coup d'aucune chance d'infection (grippe, vaginite, etc.).

Ce choix sera d'autant plus indiqué que la femme aura un bassin plus étroit, généralement rétréci, qu'elle sera primipare, que les risques de déchirures des parties molles dans un accouche-

ment par les voies naturelles sembleront plus grands, etc.

2^o Il en sera de même si le travail est commencé. Mais, dans tous les cas où le travail durera depuis longtemps, où les membranes se seront rompues prématurément, où l'extraction du fœtus vivant et paraissant bien portant semble ne devoir être entravée ni par la rigidité particulière des parties molles (multipares), ni par le col (travail marchant vite, dilatation franchement complète), il semble qu'il soit plus sage d'opter pour la symphyséotomie.

Dans tous les cas où le travail sera peu avancé, où l'extraction semblera pouvoir être entravée par les parties molles (primipares), ou par le col (travail lent, col long), l'opération césarienne sera plutôt indiquée.

La section césarienne ne sera pas faite si les incidents qui se sont produits depuis le début du travail laissent craindre la plus petite chance d'infection. En pareil cas, les indications de la symphyséotomie deviennent elles-mêmes excessivement restreintes ».

Dans le quatrième volume du traité d'accouchements TARNIER et BUDIN, M. MAYGRIER pose, comme suit, les indications de l'opération césarienne : « L'opération césarienne ne peut plus être considérée aujourd'hui comme étant uniquement une opération de nécessité. Les résultats si satisfaisants qu'elle donne en font ainsi pour certains accoucheurs une opération de choix, presque au

même titre que les autres opérations obstétricales. Cette considération s'applique avant tout à la césarienne conservatrice, qui, depuis sa rénovation, a repris la place usurpée pendant quelque temps par l'opération de PORRO. Les indications de cette dernière sont désormais restreintes à certains cas particuliers, pour lesquels elle constitue d'ailleurs une ressource précieuse.

Toutefois, quelle que soit l'indication d'opérer, l'intervention doit toujours rester subordonnée au consentement de la mère.

L'opération césarienne reconnaît deux ordres d'indications, les unes absolues, les autres relatives.

L'indication absolue existe dans tous les cas où la sortie d'un enfant, même morcelé, est impossible par les voies naturelles.

Il y a indication relative toutes les fois que le bassin ne permet pas le passage d'un enfant vivant à terme ; l'indication n'est alors que relative parce que d'autres opérations que la césarienne, telles que l'embryotomie, la symphyséotomie, peuvent entrer en ligne de compte pour délivrer la femme.

Parmi les indications absolues, il faut placer en première ligne les rétrécissements extrêmes du bassin, ceux à travers lesquels on ne pourrait faire passer un fœtus broyé. Bien que la viciation pelvienne puisse être due à des causes très différentes, rachitisme, ostéomalacie, cyphose, etc., — nous prendrons comme exemple le bassin rachitique, le plus commun de tous, d'autant que les mêmes considérations sont applicables aux autres variétés.

Quelle est donc dans un bassin vicié par le rachitisme la limite inférieure jusqu'à laquelle on peut pratiquer l'embryotomie et où commence le domaine exclusif de la césarienne ?

L'indication absolue de l'opération césarienne dans les rétrécissements du bassin est réalisée en fait, sinon au sens propre du mot, quand on ne peut recourir à la basiotripsie sans faire courir à la mère des risques plus grands qu'avec la césarienne elle-même.

Pour la plupart des accoucheurs, cette indication commence à 6,5 cent. ou seulement à 6 suivant la forme du bassin, le volume de la tête du fœtus, etc., qui sont des facteurs importants dont il y a lieu de tenir tout autant de compte que de l'étendue du diamètre minimum. C'est ainsi que pour LÉOPOLD la césarienne est indiquée d'une façon absolue à 6 cent., quand le bassin est généralement rétréci, à 6, 5 cent., quand il est simplement aplati.

D'une appréciation beaucoup plus délicate que les précédentes, les indications relatives sont diversement interprétées par les auteurs. Elles sont en effet subordonnées à une foule de circonstances, qui peuvent influencer sur la décision à prendre. Telles sont les conditions plus ou moins favorables dans lesquelles se trouve la parturiente et qui font préférer telle ou telle intervention ; les conditions où se trouve le praticien lui-même, plus ou moins habitué aux opérations abdominales, bien ou mal secondé, etc. Il faut bien reconnaître que l'opé-

ration césarienne n'est guère praticable en dehors des maternités, des cliniques.

Pour toutes ces raisons, il est difficile d'en exposer les indications relatives d'une façon très précise.

Cependant, ces réserves faites, il est généralement admis, en ce qui concerne les rétrécissements du bassin, que la césarienne peut être indiquée entre 6,5 et 7,5 de diamètre promonto-pubien-minimum. Mais, tandis que la symphyséotomie, dont le degré inférieur est estimé par Morisani à 67 mill. serait plutôt l'opération de choix au-dessus de ce chiffre, la césarienne est évidemment préférable quand les diamètres du bassin sont voisins de 6,5 cent.

La césarienne semble supérieure à la symphyséotomie dans les limites que nous venons d'indiquer ; c'est du moins ce qui ressort de l'examen comparatif des suites immédiates et éloignées des deux opérations.

Résultats opératoires

Si nous résumons ce qui précède, nous voyons que la thérapeutique des viciations pelviennes comprend trois méthodes opératoires : l'embryotomie, la section césarienne, la symphyséotomie.

A l'étranger, comme en France, la perforation de l'enfant vivant, bien portant et souffrant, est encore conseillée par beaucoup d'accoucheurs ; nous devons cependant noter une tendance manifeste générale à restreindre de plus en plus cette

cruelle opération qui, espérons-le, disparaîtra un jour complètement du cadre des opérations obstétricales en cas de vie fœtale.

L'opération césarienne n'est indiquée d'une façon absolue que dans les viciations extrêmes, dans lesquelles l'extraction d'un fœtus même broyé est dangereuse pour la mère. La majorité des accoucheurs adopte comme limite supérieure à cette indication absolue un diamètre utile de 6 à 6,5 cent.

Pour les bassins mesurant plus de 6,5 cent., mais assez rétrécis pour empêcher l'expulsion spontanée ou l'extraction facile avec le forceps ou par la version d'un enfant vivant et viable, il est deux opérations qui se partagent la faveur des accoucheurs.

A l'étranger, l'opération césarienne est l'opération de choix ; en France, il existe deux courants d'opinions : les uns préfèrent la symphyséotomie, d'autres penchent en faveur de la section césarienne, sans toutefois rejeter la section pubienne qu'ils réservent à certains cas spéciaux.

Il s'agit donc ici d'indications relatives de la section césarienne, puisqu'une autre opération, ayant le même but, sauver l'enfant sans nuire à la mère, lui est opposée.

Ces opinions contraires n'ont pu être étayées que sur l'examen d'un certain nombre de faits. C'est en compulsant les statistiques que l'on arrive à se faire une idée de la valeur de telle ou telle opération.

Nous avons rassemblé pour ce travail un cer-

tain nombre d'opérations césariennes et de symphyséotomies pratiquées au cours de ces deux dernières années ; nous n'avons pas jugé à propos d'en faire usage, en raison de leur origine multiple ; car, suivant la remarque très juste de M. BAR, pour qu'une statistique ait toute sa valeur, il est préférable de ne prendre que les chiffres fournis par les mêmes opérateurs, ayant un certain nombre de cas personnels à leur disposition.

Ce sont ces statistiques que nous allons maintenant mettre sous les yeux du lecteur.

Résultats de l'embryotomie.

C'est dans la thèse récente de Castellon que nous trouvons les renseignements qui suivent :

A la clinique Baudelocque, on fit, de 1892 à 1899, 81 embryotomies sur des enfants morts ; sur ce nombre, 72 femmes ont guéri, 9 sont mortes, ce qui donne une mortalité maternelle de 11.5 pour cent.

A la Maternité de Prague, sous la direction de ROSTHORW on fit de 1891 à 1895, 7 embryotomies sur l'enfant vivant ; 6 femmes ont guéri, 1 est morte ; mortalité maternelle 14.28 pour cent.

Cette statistique porte sur un trop petit nombre de cas pour que nous puissions lui attacher une valeur absolue. Ajoutons-la toutefois à celle de M. PINARD ; nous aurons ainsi :

87 embryotomies	78 femmes guéries
	10 femmes mortes

Soit 11,5 pour cent de mortalité maternelle.

Résultats de l'opération Césarienne

Dix opérateurs, d'après M. MAYGRIER, ont fourni les chiffres suivants :

LÉOPOLD .	76	opér.	7	morts	9,21	% mortalité
REYNOLDS .	22	»	0	»	0,00	»
PASQUALI .	9	»	1	»	11,11	»
OLSHAUSEN	29	»	2	»	6,89	»
ZWEIFEL .	14	»	0	»	0,00	»
CHARLES .	10	»	0	»	0,00	»
BAR . . .	14	»	1	»	7,14	»
CHROBAK .	10	»	1	»	10,00	»
SCHAUTA .	58	»	6	»	10,34	»
G. BRAUN .	34	»	4	»	11,8	»
GUMMERT .	8	»	0	»	0,00	»
Total . .	284		22	soit	7,75	%

Nous pouvons ajouter aux précédents dix cas provenant de la clinique de Berne, rapportés par M. Weber ; il y eut neuf guérisons et une mort ; ce qui nous donne un total de 294 opérations césariennes avec 23 décès maternels, soit 7.85 % de mortalité maternelle.

FROMMEL a rassemblé tous les cas publiés en 1895, 1896, 1897 ; sur cent opérations césariennes conservatrices, il y a 12 décès maternels, soit 12 %.

En 1895, M. DEMELIN, sur un total de 167 opérations conservatrices pratiquées depuis 1887, avait trouvé 20 % de mortalité maternelle ; celle-ci était même tombée à 16 % en 1895.

Les années suivantes, nous la voyons venir à

12 % et même à 8 %. Le pronostic s'améliore donc de jour en jour, grâce à une technique de plus en plus parfaite au point de vue de l'asepsie.

Ces statistiques de FROMMEL nous montrent également que le nombre des opérations césariennes va donc sans cesse croissant ; de 18 en 1895, il passe à 49 en 1897, ce qui prouve que l'on élargit de beaucoup le cadre des indications.

Pour ce qui est de la mortalité infantile, M. BAR arrive au taux de 5,50 % et R. BRAUN à celui de 5,88 %.

De sorte que le bilan actuel de la section césarienne conservatrice, limitée à la pratique de 11 opérateurs, peut s'établir comme suit :

Mortalité pour les mères 7,85 %.

Mortalité pour les enfants 5,7 %.

Résultats de la Symphyséotomie .

Faisons pour la symphyséotomie comme pour l'opération césarienne ; prenons quelques statistiques intégrales, celles que M. BAR a publiées, auxquelles nous ajouterons la statistique de MM. GAULARD et BUÉ.

PINARD . . .	100 cas	12 morts	12 %
ZWEIFEL . . .	31 »	0 »	0
KÜSTNER . . .	7 »	0 »	0
BAR	23 »	0 »	0
GAULARD et BUÉ	43 »	0 »	0
	<hr/> 204 »	<hr/> 12 »	<hr/> 5,8 %

Au point de vue des enfants, les mêmes statistiques nous donnent :

PINARD	100 cas	13 morts	13 %.
ZWEIFEL	31 »	2 »	6,45
KÜSTNER	7 »	0 »	0
BAR	23 »	0 »	0
GAULARD et BUÉ	43 »	6 »	13,9
	<hr/> 204 »	<hr/> 21 »	<hr/> 10,3 %.

De sorte que le bilan actuel de la symphyséotomie, limité à la pratique de quelques opérateurs, peut s'établir comme suit :

Mortalité pour les mères, 5,8 pour cent.

Mortalité pour les enfants, 10,3 pour cent.

L'examen de ces chiffres nous amène à cette conclusion générale : c'est dans l'embryotomie que la mortalité maternelle se trouve la plus forte ; elle est sensiblement la même dans l'opération césarienne et la symphyséotomie.

Donc, en dehors de toute question déontologique, à ne regarder que les chiffres, l'embryotomie sur l'enfant vivant ne doit plus être une arme thérapeutique ; et nous livrons à la méditation du médecin les conclusions de M. CASTELLON :

1. — La fécondation engage la responsabilité de ses générateurs.

2. — Les parents n'ont pas le droit de mort sur leur enfant.

3. — Aucun médecin n'a le droit de tuer.

4. — L'embryotomie sur l'enfant vivant doit être proscrite de la pratique hospitalière.

C'est ce que M. PINARD a résumé en quelques mots que l'on peut voir inscrits à la clinique BAUDELLOCQUE: « L'embryotomie sur l'enfant vivant a vécu ».

Il ne nous reste donc plus à examiner que les deux autres méthodes thérapeutiques que nous allons nous efforcer de comparer l'une à l'autre ; dans ce but, nous étudierons leurs conséquences immédiates et éloignées, leur facilité d'exécution, les conditions dans lesquelles elles peuvent indifféremment se substituer l'une à l'autre et celles dans lesquelles il est préférable de pratiquer l'une plutôt que l'autre.

Accidents et complications de la Césarienne conservatrice

L'opération césarienne conservatrice n'est pas une opération difficile, mais encore faut-il qu'elle soit pratiquée par des médecins ayant quelque pratique de la laparotomie. La femme qui la subit court des risques pendant l'opération et pendant les jours qui la suivent.

Le danger provient tout d'abord des risques d'hémorragies graves, au cours même de l'intervention.

Sur 76 cas, LÉOPOLD et HAAKE ont eu à lutter contre cet accident 5 fois. Il est vrai qu'on peut y

parer facilement par l'emploi du lien élastique et l'amputation utéro-ovarique consécutive. Cette hémorrhagie est due à l'atonie utérine. M. BAR ne l'a jamais observée et attribue cette heureuse éventualité à ce qu'il n'emploie jamais la constriction préventive du col par un lien élastique et qu'il s'efforce d'opérer le plus rapidement possible.

Pendant les jours qui suivent, les opérées sont sous le coup des complications suivantes :

Hémorrhagies secondaires.

Phénomènes de choc.

Accidents infectieux.

Les *hémorrhagies secondaires* sont rares ; elles sont dues à l'atonie utérine ; elles exigent de nouvelles manœuvres : évacuation de l'utérus, tamponnement, quelquefois même l'ablation de l'organe.

Les phénomènes de *choc* sont plus fréquents et plus à redouter : agitation, angoisse, insomnie, grande rapidité de pouls, tendances syncopales.

Ces phénomènes s'observent surtout après les opérations qui ont duré longtemps, ce qui explique jusqu'à un certain point la gravité de la section césarienne pour les opérateurs non initiés aux laparotomies.

L'écueil le plus sérieux de la césarienne conservatrice est l'*infection*, quel qu'en soit le point de départ : vagin, col, cavité utérine, plaie abdominale. La péritonite, rapidement mortelle, est la conséquence habituelle et à peu près fatale de ces complications infectieuses.

C'est pourquoi les opérateurs exigent une asepsie parfaite, qu'il est bien difficile de rencontrer partout et toujours.

Le grand danger de la césarienne est l'ouverture de la cavité péritonéale.

Les complications éloignées sont assez rares et d'une gravité toute relative.

Les chances d'adhérences, d'étranglement sur des brides, de douleurs abdominales sont peu nombreuses, à moins que la suppuration ne se produise par infection des fils de suture. C'est alors aussi que l'on peut observer des fistules, plus ou moins longues à se fermer. L'éventration ne survient que quand les sutures de la paroi abdominale ont lâché pour une raison quelconque.

Grossesses ultérieures. — La femme qui a subi avec succès la césarienne conservatrice est susceptible de redevenir enceinte. Il est donc intéressant de savoir comment va se comporter une nouvelle grossesse dans cet utérus incisé et recousu, et quelles conséquences peut avoir une nouvelle section césarienne devenue nécessaire.

M. BAR a parfaitement étudié ce point de la question et nous nous permettons de lui faire encore de larges emprunts.

Au cours d'une nouvelle grossesse, l'*éventration*, qui est à craindre, ne semble pas avoir jamais été bien grave ; des sutures bien faites doivent la prévenir ; une ceinture appropriée y remédie, si elle existe.

Les adhérences de l'utérus à la paroi abdomi-

nale, consécutives à une légère infection de la plaie, sont susceptibles de déterminer quelques accidents.

Outre la gêne dans l'involution utérine, qui favorise des hémorrhagies secondaires plus ou moins tardives après la première opération, outre les douleurs qu'elles occasionnent pendant les règles, elles deviennent pendant une nouvelle grossesse l'origine de quelques complications possibles.

Ce sont d'abord des douleurs dues aux tiraillements que l'utérus exerce sur les adhérences pour se développer, douleurs qui ne sont souvent que l'avant-coureur d'un avortement ou d'un accouchement prématuré.

Il se passe ici quelque chose d'analogue à ce que l'on voit dans les grossesses consécutives à l'hystéropexie abdominale antérieure. DEMELIN a noté que ces douleurs se montraient dans 21 % des cas, l'avortement dans 12 % et l'accouchement prématuré dans 5 % des faits. Les hémorrhagies pendant la grossesse, dans un utérus fixé à la paroi abdominale, ne sont pas rares ; elles sont dues :

1° Soit à une insertion basse du placenta, que favorise peut-être la fixation en avant de la paroi antérieure de l'utérus, qui s'écarte ainsi de la paroi postérieure et maintient plus grande la cavité utérine ;

2° Soit à une insertion du placenta sur la paroi postérieure, qui, en raison de son développement compensateur excessif, produit des décollements de la masse placentaire,

La déviation du col en arrière, les présentations vicieuses, les douleurs, l'irrégularité des contractions, leur faible intensité sont des complications insignifiantes si l'on doit avoir recours à une nouvelle section césarienne. Dans ce cas, au contraire, plus les adhérences sont étendues, mieux il en est, parce que l'on fait ainsi une véritable opération extra-péritonéale. Mais où les adhérences deviennent fâcheuses, c'est au moment de la délivrance ou après elle : gênant la rétraction et la contraction utérine, elles sont une cause d'hémorrhagie.

Les adhérences utéro-abdominales peuvent, comme l'hystéropexie, être une cause de rupture prématurée des membranes : ce n'est point là une condition favorable pour une nouvelle opération césarienne conservatrice.

Tels sont les accidents que peuvent occasionner les adhérences de l'utérus ; M. BAR les dit peu fréquentes, ABEL les croit plus communes ; il est certain qu'une asepsie parfaite doit faire disparaître cette complication, qui a pu être une cause de rupture utérine (ABEL).

La rupture utérine au cours d'une nouvelle grossesse a toujours été une préoccupation. Cet accident est-il fréquent ? Sur 100 opérations césariennes, LÉOPOLD et HAAKE disent que l'opération césarienne fut pratiquée plusieurs fois chez 13 femmes : 4 fois sur une, 3 fois sur une autre, 2 fois sur onze ; ces grossesses consécutives à la section césarienne n'ont donné lieu à aucun accident.

Trois opérées de M. BAR sont redevenues enceintes chacune deux fois, sans rupture. Une opérée d'OLSHAUSEN est redevenue enceinte deux fois, trois une fois; cinq des opérées d'EVERKE ont eu une nouvelle grossesse; cinq de ZWEIFEL devinrent enceintes une fois, deux eurent chacune deux grossesses; on n'observa aucune complication. Il en est de même dans un certain nombre de cas publiés par SMYLY, REIN, SCHNEIDER, GUÉNIOT.

« Parmi les faits récemment publiés, dit M. BAR, je ne trouve qu'une seule observation de rupture au cours d'une grossesse succédant à une opération césarienne. Ce fait a été publié par WOYER; il y avait grossesse gémellaire et hydramnios ».

ABEL a observé la rupture, au sixième mois de la grossesse, de la paroi postérieure de l'utérus tendue par suite d'adhérences larges et résistantes établies entre l'utérus et la paroi abdominale. Deux cas analogues ont été publiés dans la littérature, dit ABEL, et il est certain que, même après une suture très exacte de la paroi utérine, la cicatrice est susceptible de se rompre.

Nous avons trouvé une autre observation de rupture utérine, due à TARGETT. Comme preuve des risques futurs de la section césarienne sans stérilisation, l'auteur montre l'utérus qu'il vient d'enlever à une femme qui avait subi, deux ans et demi auparavant, une opération césarienne pour une présentation de l'épaule engagée. Lorsqu'il fut appelé à revoir sa malade, il la trouva dans le collapsus, ouvrit l'abdomen, trouva le fœtus et le

placenta libres dans la cavité péritonéale. Il y avait une large rupture de la paroi antérieure de l'utérus le long de la cicatrice de l'opération précédente.

D'ailleurs, il n'est pas rare, quand on fait la césarienne pour la seconde ou la troisième fois chez la femme, d'observer une grande minceur de la paroi utérine au niveau de l'ancienne cicatrice. Il y a donc prédisposition à la rupture.

KRUKENBERG (1886) avait rassemblé une série de cas de rupture utérine survenue dans ces conditions. 14 fois la cicatrice se rompit et l'enfant passa dans la cavité abdominale ; 6 femmes succombèrent. 5 fois la cicatrice céda sans que le fœtus sortît de l'utérus, 4 femmes succombèrent. Enfin KRUKENBERG a vu, comme ABEL, la rupture se produire sur la face postérieure de l'utérus.

A ces faits on oppose l'argument suivant : Ces accidents étaient plus fréquents autrefois, quand on ne faisait pas de suture utérine et quand l'asepsie manquait. Avec la technique actuelle, il n'est pas douteux que ces accidents éloignés de la section césarienne deviennent de plus en plus rares ; il faut néanmoins compter avec leur possibilité, ainsi qu'en témoignent quelques exemples.

« Les cas de grossesse et d'accouchement succédant à ces opérations césariennes sont encore trop peu nombreux pour qu'il soit possible de fixer par un chiffre le degré de fréquence avec laquelle on rencontre un amincissement marqué de la paroi utérine, et par suite des risques de rupture. Si cette fréquence était plus grande que ne permettent de le

penser les faits actuellement connus, les indications de la section césarienne se trouveraient naturellement plus limitées qu'elles ne paraissent devoir l'être. » (BAR).

La *répétition de l'opération césarienne* sur la même femme ne semble pas devoir être plus difficile ni plus dangereuse. En raison de la minceur de la première cicatrice, il est quelquefois nécessaire de modifier la technique, de remplacer l'incision verticale par l'incision transversale du fond de l'utérus, et même l'amputation supra-vaginale peut devenir nécessaire.

Accidents et complications de la Symphyséotomie

La section pubienne n'expose pas aux mêmes phénomènes de choc que la section césarienne ; nous croyons tous les accoucheurs de cet avis, sauf M. FOCHIER, dont les craintes à ce sujet nous semblent exagérées.

Le grand danger de la symphyséotomie réside dans les *déchirures des parties molles*, portant sur le col utérin, sur le vagin, la vessie, l'urèthre, la vulve au niveau de la région clitoridienne.

L'*hémorrhagie* est le premier symptôme inquiétant de ces déchirures. Nous ne parlons pas de celle qui accompagne ou suit la section pubienne elle-même, quoique de très rares observations l'aient signalée comme ayant été mortelle. Quant à nous, nous avons vu souvent, comme beaucoup d'autres

opérateurs, le sang couler en assez grande quantité, mais le tamponnement de la plaie, la compression des bords de l'incision ont toujours arrêté facilement cet écoulement, qui cède ensuite au rapprochement des pubis et à la suture de la plaie cutanée.

Les pertes de sang consécutives à l'accouchement, provenant soit du col, soit du vagin, n'ont jamais, dans les cas que nous avons observés, résisté au tamponnement vaginal à la gaze iodoformée. Seules les déchirures paraclitoriennes peuvent saigner longtemps et beaucoup, mais, en général, l'hémorrhagie cède au traitement approprié.

Nous pouvons considérer le symptôme hémorrhagie comme rare au point de devenir inquiétant; cependant, dans sa thèse, M. JORAND (1896) a rassemblé cinq cas de mort par hémorrhagie.

MORISANI signale à peine ces *lésions des parties molles*; M. PINARD a vu, pendant l'extraction du fœtus, se produire plusieurs fois, chez des primipares, une déchirure de la paroi antérieure du vagin, faisant communiquer ce canal avec la plaie opératoire. ZWEIFEL a observé des cas analogues. Pour KUFFERATH, la déchirure des parties molles constitue un des dangers les plus sérieux de la symphyséotomie. « Si ces accidents, dit-il, n'étaient pas à éviter d'une façon absolue, ils constitueraient un grave inconvénient de la section pubienne. Heureusement, ils le sont; s'ils se produisent, ils sont dus à l'impéritie de l'opérateur. » Nous pourrions citer quelques-unes de nos observations personnelles qui témoignent de la production de cet

accident ; mais nous devons dire que les lésions vaginales, limitées à cet organe, sont peu graves et n'exigent que le tamponnement. Nous ne sommes pas éloigné de penser comme KUFFERATH ; la pratique de plus en plus étendue de la section pubienne nous a montré cet accident moins fréquent dans nos dernières opérations. Nous verrons comment on peut l'éviter dans le plus grand nombre des cas.

Si la déchirure limitée au vagin est peu grave, il n'en est plus de même lorsqu'elle se propage à l'urèthre et à la vessie.

On a vu l'*urèthre* déchiré ou transversalement ou dans le sens de sa longueur et plus ou moins obliquement. JORAND a réuni sept observations de blessure de l'urèthre. Nous avons observé cette complication deux fois, sans suite fâcheuse, grâce, croyons-nous, à l'habitude que nous avons prise de laisser une sonde à demeure pendant plusieurs jours.

JORAND signale encore huit cas de *blessure de la vessie*, offrant une étendue plus ou moins grande, et laissant à leur suite des fistules, vésico-utérines ou vésico-vaginales.

La connaissance du mécanisme de ces lésions des parties molles est intéressante au point de vue prophylactique. Nous laissons de côté la section directe de la vessie ou de l'urèthre pendant la section pubienne ; le doigt guide, la sonde cannelée de FARABŒUF, la réclinaison de l'urèthre par une sonde métallique, sont des moyens suffisants pour

prévenir cet accident. C'est surtout pendant l'extraction que la lésion se produit. Les diverses explications peuvent se résumer ainsi :

1. — Section par les angles du pubis de la paroi vaginale comprimée entre le bassin ouvert ou la tête et le forceps (BUDIN-MAYGRIER). Ce mécanisme est particulièrement à redouter dans les bassins asymétriques, surtout dans ceux qui présentent une ankylose d'une symphyse sacro-iliaque (Obs. de VARNIER, Congrès de Moscou).

2. — Distension transversale des parties molles, qui se déchirent quand leur limite d'élasticité est atteinte (WINCKEL-AUDEBERT).

3. — Distension transversale, mais aidée de l'extension des parties molles en bas par la tête, pendant l'extraction du fœtus (PORAK, SCHAUTA).

Les lésions des parties molles s'observent assez souvent, surtout dans les accouchements artificiels, chez les primipares, en dehors de la symphyséotomie ; elles peuvent donc à fortiori se produire après la section pubienne : au moment de l'écartement maximum des pubis, on voit en effet la paroi antérieure du vagin se tendre à l'excès et, le soutien habituel n'existant plus, cette distension exagérée aboutit à la déchirure.

M. VARNIER explique l'accident survenu dans une observation de WALLICH de la façon suivante : « Par suite de la résistance de l'orifice utérin incomplètement dilaté (il fallut treize minutes d'efforts énergiques pour triompher de cette résistance), la vessie s'est trouvée attirée avec lui et maintenue

dans le pont des parties molles soumises à la surdistension, au lieu d'être, comme à l'habitude, entraînée loin de la région dangereuse par l'ascension du col qui accompagne la sortie de la tête au travers d'un orifice complètement dilaté ou dilatable ».

M. BAR est du même avis : Les risques de décollement et de déchirures des parties molles, même sans symphyséotomie, sont à leur maximum quand l'extraction est faite avec une dilatation du col incomplète ; il y a ici non seulement surdistension des parois, mais encore traction exercée sur elles, parallèlement à l'axe génital.

On est souvent frappé de la facilité avec laquelle, après la symphyséotomie, l'orifice externe du col se laisse abaisser, et la paroi vaginale, appliquée sur le fœtus, se trouve entraînée et inversée, pour ainsi dire, pendant ces manœuvres d'extraction.

Cette tendance à l'inversion n'est pas seulement due à la résistance qu'offre le col mal dilaté, et aux tractions qu'elle rend nécessaires ; elle s'explique aussi par la destruction d'une grande partie des fibres solides qui rattachent le canal génital à l'arc antérieur du bassin.

Elle n'est pas un fait négligeable au point de vue des incidents opératoires immédiats.

En effet, cette inversion a pour effet d'accroître les déchirures du tissu cellulaire rétro-pubien : d'où risques plus grands d'hémorragies sérieuses ; elle amène dans la région rétro-pubienne des organes qui, tels que la vessie, le cul-de-sac antérieur

du vagin, la face antérieure du segment inférieur, restent, chez une femme qui accouche naturellement, au-dessus du pubis, et elle accroît ainsi les chances de blessure de ces organes. »

Le mécanisme étant connu, y a-t-il des *moyens prophylactiques* ? De ce qui précède il résulte que l'on ne doit pas tenter l'extraction du fœtus avant la dilatation complète du col. Si l'intervention s'impose avant ce moment d'élection, il est indiqué de compléter artificiellement la dilatation, soit avec le ballon de CHAMPETIER, soit avec une main, soit plutôt avec les deux mains, comme l'enseigne M. BONNAIRE.

Le conseil donné par M. VARNIER demande à être suivi ; rapprocher solidement les pubis par des pressions sur les trochanters, aussitôt le rétrécissement franchi ; M. PINARD recommande avec raison la dilatation préalable du vagin et de la vulve à l'aide du ballon de CHAMPETIER.

Quelques accoucheurs, enfin (GAULARD, PORAK, FOCHIER, SCHAUTA), font une large épisiotomie, qui permet de diriger les tractions beaucoup plus en arrière et de ménager ainsi la paroi vaginale antérieure.

Pour éviter ces déchirures il faut savoir s'abstenir de la symphyséotomie dans les cas où il existe une disproportion trop considérable entre la tête fœtale et la capacité du bassin ; la nécessité d'un écartement interpubien trop accentué prédispose particulièrement aux lésions des parties molles.

Nous devons encore insister sur une autre rai-

son. De même que toutes les rachitiques n'ont pas une même forme de viciation pelvienne, de même elles n'ont pas des parties molles semblables. Chez celles qui ont un bassin généralement rétréci, le vagin et la vulve présentent souvent un degré d'étroitesse en rapport avec l'angustie pelvienne générale, auquel se joint un défaut considérable de l'élasticité; ces organes manquent d'étoffe et se trouvent de ce fait bien plus exposés aux déchirures. Dans ces conditions mieux vaut ne pas faire la section pubienne dangereuse pour la mère, plus aléatoire pour l'enfant, qui, s'il franchit facilement l'obstacle osseux, doit lutter, quelquefois aux dépens de son existence, contre l'obstacle fourni par les parties molles.

Toutes ces notions ne pouvaient être acquises dès les premiers temps de la renaissance de la symphyséotomie; elles ne sont peut-être pas encore suffisamment méditées par tous les opérateurs; c'est pourquoi les accidents se sont montrés relativement fréquents, mais diminueront au fur et à mesure que chacun sera mieux en possession de la pratique de la symphyséotomie dans tous ses détails.

Chez une femme symphyséotomisée et accouchée, à côté de la plaie placentaire habituelle, il y a la plaie symphysienne et cutanée, il peut y avoir des déchirures vulvo-vagino-cervicales, parfois il y a des lésions vésicales ou uréthrales. En raison de ces nombreuses portes d'entrée cette femme est, à priori, plus exposée aux *accidents infectieux*.

C'est parfaitement exact; comme MM. PINARD,

BAR et d'autres, nous avons noté assez fréquemment des élévations de la température chez nos opérées. Toutefois ces ascensions thermiques ne sont pas inévitables ; l'opération aseptique sur une femme non infectée doit avoir et a des suites apyrétiques :

Les hyperthermies sont surtout fréquentes, quand il existe des déchirures des parties molles et deviendront de plus en plus rares, comme les déchirures elles-mêmes.

Quoi qu'il en soit, la symphyséotomie expose plus aux accidents infectieux que l'opération césarienne telle que la pratiquent ses défenseurs, pour les raisons suivantes : on attend la dilatation complète, la poche des eaux étant quelquefois rompue depuis longtemps, on pratique plus souvent le toucher vaginal, on intervient, pour terminer l'accouchement, par le forceps ou la version. Ce sont là des causes d'infection auxquelles échappe l'opération césarienne pratiquée avant le travail ou à son début.

Mais si cette infection est plus fréquente, elle est moins grave ; elle compromet rarement l'existence, qui n'est guère menacée que par l'infection à porte d'entrée utérine.

Beaucoup de cas d'ascension thermique ne ressortissent pas au canal génital. Nous avons observé deux fois un petit abcès au niveau de la plaie cutanée par infection d'un fil ; l'ablation du fil, l'évacuation et le lavage de la poche remettent tout en ordre ; la cystite, qui nous a paru assez

commune, élève la température et guérit à la suite de quelques lavages vésicaux ; nous avons vu survenir quatre fois une escharre sacrée, qui n'a pas été sans influencer par elle-même sur le thermomètre.

Ce sont là, il faut bien le dire, des conditions défavorables au succès définitif de l'opération ; il est certain que des accidents infectieux graves ont suivi la symphyséotomie et ont occasionné la mort. Quelle opération obstétricale, surtout une opération d'urgence, n'est pas accusée de ce méfait ?

Tenons donc la section pubienne pour une intervention sérieuse, réclamant des conditions convenables pour son exécution, mais ne la considérons pas plus terrible qu'elle n'est en réalité, et rappelons que quatre opérateurs, sur cent quatre symphyséotomies, n'ont eu à déplorer aucun décès maternel.

Examinons maintenant quelles sont les *conséquences éloignées* de l'agrandissement momentané du bassin.

La femme qui a subi cette opération recouvre-t-elle son aptitude antérieure à la marche et au travail ? Conserve-t-elle des infirmités temporaires ou permanentes ? Comment vont évoluer chez elle les grossesses et les accouchements ultérieurs ?

L'aptitude à la marche et au travail dépend de deux conditions : une restauration parfaite de la symphyse pubienne, l'absence de douleurs à son niveau ou au niveau des articulations sacro-iliaques.

Voyons quelques opinions.

Restauration de la symphyse

« La symphyséotomie est suivie d'une restauration fonctionnelle parfaite. » (VARNIER).

« Cette question est donc jugée et la non-consolidation de la symphyse entraînant l'impotence peut être considérée comme une crainte chimérique après la symphyséotomie bien faite. » (PINARD).

« La consolidation des pubis ne manque jamais. » (KUFFERATH).

« Inutile de parler de l'impossibilité et de la difficulté de la marche, du manque de consolidation de la symphyse séparée, du prolapsus utéro-vaginal, inconvénients qu'on attribuait à la symphyséotomie. Le temps et l'expérience ont fait justice de ces méfaits qu'on lui imputait injustement et il n'existe plus d'accoucheur praticien, je pense, qui, à l'heure actuelle, en tienne encore compte. » (MORISANI).

« Suites éloignées bonnes », telle est la conclusion de deux mémoires allemands de HANS VON WOERZ et de R. BRAUN VON FERNWALD.

Nous avons revu plusieurs de nos opérées, soit dans les rues de la ville, soit à la clinique, où quelques-unes sont revenues accoucher deux et trois fois. Aucune n'a accusé de difficultés ou de douleurs pendant la marche. Une seule, dont nous reparlerons, se traîne difficilement ; c'est la première que j'opérai personnellement ; ce n'est pas chez elle la symphyse pubienne qui en est la cause.

Au point de vue de la restauration de la sym-

physe, nous signalerons le fait d'une symphyséotomisée qui, le dixième jour, sauta hors du lit, descendit deux étages et quitta définitivement l'hôpital. Cette guérison rapide mérite d'être notée.

Quelques opérateurs furent moins heureux. M. BAR nous dit bien qu'une de ses malades ne marchait pas sans un certain déhanchement ; elle ne pouvait travailler autant qu'auparavant sans éprouver des douleurs vagues dans la région pelvienne. En somme peu de chose. Par contre, il est des cas où les troubles furent plus accusés,

Une malade de SCHAUTA ne se remit qu'après plusieurs mois ; chez trois opérées de ZWEIFEL, la locomotion reste longtemps difficile ; mais chez deux d'entre elles, ZWEIFEL attribue ces difficultés à des lésions des articulations sacro-iliaques : elles avaient un bassin mesurant 6 cent. de C. V.

Il est quelques faits, très rares, d'impotence absolue ; TUFFIER et BINAUD ont pratiqué avec succès la symphyséorraphie secondaire pour remédier à cette infirmité.

En résumé nous devons tenir pour exceptionnels les faits de non-consolidation de la symphyse pubienne et faire ressortir que ce sont sans doute des cas qui ont présenté quelque complication infectieuse au niveau de la symphyse pubienne.

Les articulations sacro-iliaques sont quelquefois le siège de douleurs entraînant des difficultés de la marche. ZWEIFEL en signale deux cas, nous en avons un autre à notre actif. C'est bien souvent de ce côté que provient la difficulté de la locomotion.

Or, du jour où on ne fera plus la symphyséotomie dans un bassin devant nécessiter un écartement interpubien supérieur à six ou sept centimètres, on ne verra plus ces lésions douloureuses de l'articulation sacro-iliaque au moins comme conséquence de la section pelvienne. Si nous ajoutons cette restriction, c'est que nous savons qu'on peut les observer en dehors de la symphyséotomie. Nous avons pu en observer un exemple à la suite d'un accouchement laborieux avec le forceps. Pendant six à sept semaines, jusqu'au retour des couches, la malade ne put marcher sans appui et la douleur était nettement localisée à l'articulation sacro-iliaque droite.

Conclusion : tout-à-fait exceptionnellement, la symphyséotomie est une cause de troubles de la fonction locomotrice.

M. BAR a observé chez quatre de ces opérées un *prolapsus utérin* ; « l'abaissement de l'utérus doit être rangé parmi les conséquences fâcheuses de la section pubienne ».

Nous n'avons jamais examiné nos opérées à ce point de vue ; mais le fait est parfaitement possible, surtout si l'on fait l'extraction avant la dilatation complète du col : Ces désordres dont nous avons parlé en sont l'explication. Pour cette raison encore il faut ou compléter artificiellement la dilatation avec la main et non avec le forceps, ou bien attendre la dilatation complète spontanée avant d'extraire le fœtus.

Parmi les infirmités temporaires ou permanen-

tes consécutives à la symphyséotomie, nous devons surtout mentionner les *troubles fonctionnels urinaires*. Ce sont bien là les accidents les plus ennuyeux et les plus tenaces que l'on ait observés.

Nous avons parlé déjà des diverses *fistules*, vésico-utérines, vésico-vaginales, uréthro-vaginales que l'on a observées à la suite de la symphyséotomie. Chacun connaît les tristes conséquences d'une telle lésion ; mais encore est-ce là ce qui peut arriver de moindre, car ce sont des accidents réparables par une opération appropriée. Nous sommes loin de nier l'importance de ces interventions, mais elles n'en sont pas moins capables de réparer le mal, et nous tenons pour beaucoup plus décevants ces cas d'*incontinence d'urine* que l'on a observés sans effraction apparente de la vessie ou de l'urèthre.

Quatre opérées de M. BAR ont présenté cette complication ; deux ont guéri, l'une en 15 jours, l'autre en trois semaines ; une troisième a conservé de l'*incontinence d'urine* pendant dix-huit mois, et la quatrième, opérée en 1897, conserve encore cette infirmité.

Le même accident s'est produit chez une de nos malades, celle dont il a déjà été question. Opérée en 1896, elle traîne encore aujourd'hui sa pénible existence dans une salle de service de chirurgie, où on la conserve par charité. Il n'y a eu chez cette femme aucune déchirure de la paroi antérieure du vagin ; dès le lendemain de l'opération se déclara l'incontinence d'urine qui persiste encore aujourd'hui.

d'hui. Les soins ne lui ont pas manqué ; M. le Docteur CARLIER l'a examinée, a constaté que le canal urétral a sa longueur normale, et qu'une bougie olivaire passe facilement dans la vessie ; au niveau du col vésical, on perçoit cependant un petit ressaut occasionné par le sphincter intact, mais relâché. Malgré diverses interventions, l'infirmité persiste.

JORAND a réuni sept ou huit cas semblables.

Voilà certainement une complication sérieuse, la seule, dirons-nous, qui nous fasse encore envisager la symphyséotomie avec quelque inquiétude ; elle est heureusement très rare. Si elle est due, comme le dit KUFFERATH, à des tiraillements du col vésical, par distension transversale ou par l'intermédiaire des ligaments pubio-vésicaux, il y a sans doute moyen de l'éviter au même titre que les autres accidents.

En ce qui concerne les *grossesses ultérieures*, de nombreuses observations démontrent qu'elles ne sont pas troublées ; il ne semble pas exister de phénomènes douloureux plus marqués ni de mobilité plus prononcée au niveau des articulations pelviennes.

Les *accouchements ultérieurs* peuvent se faire spontanément ou être terminés par le forceps ou la version suivant les proportions relatives de la capacité pelvienne et du volume de l'enfant. On ne doit pas compter sur le léger écartement interpubien qui suit une première symphyséotomie comme un élément d'agrandissement du bassin.

Aussi, toutes choses égales d'ailleurs, la même femme devra subir une nouvelle symphyséotomie.

Cette *opération répétée* est-elle plus difficile ?

LEPAGE, BONNAIRE, POTOCKI, ont trouvé en arrière des pubis, en avant de la vessie, une plaque fibreuse très dure, presque crétacée, dure à sectionner et permettant difficilement l'écartement. KÜSTNER a trouvé dans un cas une symphyse tellement ossifiée que la deuxième opération dut être pratiquée au ciseau.

Sans vouloir contester la valeur de cet inconvénient, nous dirons qu'il est de peu d'importance en présence du suivant : par suite d'adhérences entre le tissu fibreux interpubien et la vessie et l'urèthre, il est difficile de passer le doigt entre ces organes et le pubis ; les organes ne jouissent plus de la même mobilité et sont plus exposés aux déchirures au moment de l'extraction de la tête fœtale. Si l'écartement ne peut être produit sans léser les organes voisins, il vaut mieux, comme le dit BAJON, pratiquer la section césarienne.

Nous venons de voir les conséquences de la symphyséotomie pour la mère, examinons ses *résultats pour l'enfant*. Les statistiques que nous avons réunies donnent une mortalité infantile de 10,3 % ; la section césarienne ne donnant que 5,7 %, est de beaucoup préférable pour l'enfant. C'est qu'en effet le fœtus extrait par la laparo-hystérotomie, n'ayant à lutter contre aucun obstacle, ne court que des dangers minimes au cours de cette extraction ; de plus l'opération césarienne est sou-

vent faite au début du travail, la poche des eaux étant intacte ou venant à peine de se rompre, l'enfant n'ayant eu par conséquent aucune cause de souffrance.

Les conditions changent avec la symphyséotomie; ici, l'on doit attendre de longues heures ou bien encore l'accoucheur n'est appelé que longtemps après le début du travail; d'énergiques contractions utérines ont pu influencer défavorablement la vitalité fœtale, surtout si la poche des eaux est rompue. Quelquefois même, avant de faire la symphyséotomie, on s'est laissé aller, à tort le plus souvent, à faire une application de forceps infructueuse, qui est nuisible au fœtus. Enfin, après la section pubienne, s'il n'y a plus d'obstacle osseux à vaincre, subsiste la résistance des parties molles; une dilatation insuffisante du col est très préjudiciable pour le fœtus, sans compter que pour éviter, dans la plus large mesure possible, toute effraction des tissus maternels, on fait cette extraction lentement.

C'est de toutes ces circonstances que vient la mortalité infantile.

Peut-on espérer diminuer les chances de désordres organiques chez la mère, de mort chez l'enfant en laissant, après la section pubienne, l'accouchement se faire spontanément selon la pratique de ZWEIFEL?

Cette méthode qui peut avoir ses avantages présente des inconvénients; elle exige de nouvelles heures pour la terminaison de l'accouchement, d'où

des dangers pour l'enfant et pour la mère. Aussi n'a-t-elle pas encore été adoptée dans la pratique.

De tout cet exposé que conclure ?

La symphyséotomie n'est pas une opération sans aléas, que tout praticien doive entreprendre partout et toujours sans se soucier des circonstances ; elle exposerait à des déboires. Elle n'est pas non plus tellement sérieuse qu'elle doive être rejetée de la pratique obstétricale ; elle doit occuper et occupe, parmi les opérations, un rang de première importance.

Contrairement à la césarienne, la symphyséotomie ne comporte souvent que des plaies extérieures ; les complications amènent un retard dans la guérison, mais rarement la mort.

Les dangers de la symphyséotomie ne sont pas aussi grands qu'ils paraissent ; ils peuvent être conjurés en se soumettant à quelques règles : ne pas pratiquer cette opération chez des femmes déjà manifestement infectées, chez celles qui ont un bassin asymétrique avec ankylose d'une articulation sacro-iliaque ; limiter la section pubienne aux bassins rachitiques aplatis dont le diamètre utile ne mesure pas moins de 7 cent., de façon à ne pas produire un écartement interpubien supérieur à 6 ou 7 cent., afin de ménager les parties molles ; restreindre de plus en plus la pratique de la symphyséotomie chez les femmes qui ont un bassin généralement rétréci, à cause du manque d'ampleur du vagin ; s'entourer de toutes les garanties d'asep-

sie que comporte toute opération chirurgicale ou obstétricale.

Ainsi comprise la symphyséotomie doit garder et gardera sa place en obstétrique à côté de la section césarienne.

Indications relatives de l'opération césarienne et de la symphyséotomie

D'après nos statistiques, il semble donc indifférent, au point de vue de la mère, d'avoir recours à l'une ou à l'autre intervention. Telle ne doit pas être cependant l'exacte réalité. En effet, l'opération césarienne n'a été pratiquée comme opération de choix que dans des cas qui semblaient devoir lui être tout à fait favorables. La symphyséotomie, par contre, est souvent employée comme dernière ressource pour tâcher d'extraire vivant l'enfant d'une femme qui a déjà souffert pendant de longues heures, qui a subi des touchers répétés après la rupture de la poche des eaux, qui se trouve ainsi plus exposée à l'infection.

La symphyséotomie pratiquée dans les mêmes conditions que la section césarienne ne peut que donner de meilleurs résultats.

Quelles sont les *conditions requises pour la césarienne conservatrice* ?

LÉOPOLD exige :

1° Que la parturiente ait des contractions énergiques.

2° Que son organisme n'ait pas été affaibli par une maladie grave.

3° Qu'on ait la certitude que la femme ne se présente pas infectée à l'opération.

Il importe en outre qu'il n'existe pas d'élévation de la température ou de l'accélération du pouls marquées. Il est extrêmement désirable que la poche des eaux soit conservée jusqu'au début de l'opération, tout au moins que sa rupture n'ait eu lieu que peu auparavant.

Il est capital que la femme ait subi peu d'exams, et seulement des examens non suspects. Surtout, on ne saurait assez vivement recommander de s'abstenir de l'opération césarienne conservatrice toutes les fois qu'il existe une infection gonorrhéique aiguë ou latente.

Dans combien de symphyséotomies a-t-on recherché et rencontré des conditions aussi favorables ; cependant on a obtenu de bons résultats, au moins immédiats. Sur quarante-trois faits nous n'avons eu, M. GAULARD et moi, aucun décès maternel ; de même MM. BAR, ZWEIFEL, KÜSTNER.

Au Congrès de Moscou, en 1897, M. VARNIER disait : « Pratiqué antiseptiquement sur une femme non infectée, l'agrandissement momentané du bassin ne lui fait pas courir plus de danger que les autres interventions obstétricales.

En dehors des complications accidentelles, indépendantes du mode d'intervention, la mortalité chez les femmes symphyséotomisées reconnaît pour cause principale la septicémie puerpérale. »

Dans la statistique qu'il présente, M. VARNIER relate cinq cas de décès par septicémie puerpérale à la porte d'entrée utérine ; mais la plaie symphysienne, communiquant ou non avec le tractus génital, et concurremment et secondairement infectée, a joué certainement dans le résultat final le rôle d'un adjuvant. Trois de ces cinq décès se sont produits chez des femmes qui présentaient de la fièvre au moment où se posa l'indication de la symphyséotomie, et qui, déjà, à plusieurs reprises, au cours d'une dilatation anormalement prolongée, avaient eu des élévations de température.

L'abstention dans des cas semblables ne peut qu'être favorable à la section pubienne et à sa diffusion dans la pratique.

La thérapeutique des viciations pelviennes rachitiques ne peut donc se résumer en une formule unique. Tantôt c'est l'opération césarienne qui est indiquée, tantôt c'est la symphyséotomie.

Les indications relatives de ces deux opérations, en France, sont diversement appréciées.

« Parmi les femmes à bassin vicié, chez toutes celles où l'agrandissement momentané du bassin peut permettre l'accouchement par les voies naturelles, c'est-à-dire chez celles dont le diamètre promonto-pubien-minimum ne mesure pas moins de sept centimètres, je reste partisan convaincu de la symphyséotomie...

« Je reconnais les inconvénients de la symphyséotomie et ne les nie point. Mais l'avantage immense de ne point ouvrir la cavité abdominale

me fait donner sans hésitation la préférence à la symphyséotomie dans tous les cas où elle peut être pratiquée. Je suis absolument convaincu que, pratiquée chez des femmes non infectées, la symphyséotomie fait courir moins de dangers que l'opération césarienne. » (PINARD).

« Je suppose un de ces rétrécissements moyens dans lesquels la symphyséotomie semble, à l'avance, devoir être nécessaire pour que l'accouchement puisse se faire par les voies naturelles.

« Dans ces conditions :

1. — Si le travail n'est pas commencé, j'estime que l'accoucheur devra préférer l'opération césarienne à la symphyséotomie, s'il lui est possible d'opérer dans un milieu aseptique et si la malade n'est, elle-même, sous le coup d'aucune chance d'infection (grippe, vaginite, etc.).

Ce choix sera d'autant plus indiqué que la femme aura un bassin plus étroit, généralement rétréci, qu'elle sera primipare, que les risques de déchirures des parties molles dans un accouchement par les voies naturelles sembleront plus grands, etc.

2. — Il en sera de même si le travail est commencé. Mais, dans tous les cas où le travail durera depuis longtemps, où les membranes se seront rompues prématurément, où l'extraction du fœtus vivant et bien portant semblera ne devoir être entravée, ni par la rigidité particulière des parties molles (multipares), ni par le col (travail marchant vite), dilatation franchement complète, il semble

qu'il soit plus sage d'opter pour la symphyséotomie.

Dans tous les cas où le travail sera peu avancé, où l'extraction semblera pouvoir être entravée par les parties molles (primipares), ou par le col (travail lent, col long), l'opération césarienne sera plutôt indiquée. » BAR.

Telles sont les opinions les plus nettement formulées de deux accoucheurs français.

D'une part, M. PINARD est plus partisan de la symphyséotomie, d'autre part, M. BAR préfère plus souvent l'opération césarienne. Pourvu que le bassin ait un diamètre utile de 7 cent. au minimum, peu leur importe le degré du rétrécissement ; et de fait, ce degré n'a qu'une importance secondaire ; ce qu'il faut considérer, c'est la disproportion qui existe entre les dimensions du bassin et le volume de la tête fœtale.

Pour M. PINARD, la symphyséotomie est l'opération de choix ; pour M. BAR, elle n'est, le plus souvent, qu'une opération de nécessité ; elle se substitue à la section césarienne dont les conditions nécessaires à son exécution ne sont pas remplies.

S'il nous fallait formuler notre règle de conduite d'après tout ce qui précède, nous commencerions par diviser les bassins rachitiques, mesurant plus de 7 cent. de diamètre promonto-pubien-minimum, en deux catégories.

1. — Bassins rachitiques, aplatis, pour lesquels la symphyséotomie est l'opération de choix, la mère et l'œuf n'étant pas infectés.

2. — Bassins rachitiques généralement rétrécis.

Chez les multipares, c'est encore à la symphyséotomie que nous nous adressons.

Chez les primipares nous ferons volontiers une subdivision :

a). — Le bassin ayant de 7 à 8 cent. de diamètre utile, l'opération césarienne est généralement l'intervention de choix.

b). — Le bassin mesurant 8 cent. et plus, la symphyséotomie reprend ses droits.

Donc, relativement à M. PINARD, nous élargissons le cadre des indications de l'opération césarienne, dont les bons résultats se font de jour en jour plus nombreux.

Relativement à M. BAR, nous élargissons le cadre des indications de la symphyséotomie. Nous y sommes conduit par les considérations suivantes :

1. — La symphyséotomie fait courir moins de risques immédiats pour la mère ; ses complications éloignées se feront de plus en plus rares en se limitant à ses véritables indications.

2. — Dans les rétrécissements peu accusés, on voit quelquefois, contre toute attente, l'accouchement se terminer spontanément. L'opération césarienne, pratiquée au début du travail, eût été une opération inutile ; avec la symphyséotomie, on doit attendre la dilatation complète du col ; on donne ainsi aux femmes le maximum des chances d'accoucher spontanément. C'est ainsi que les « symphyséotomies qu'on ne fait pas », comme l'a dit M. QUEIREL, ne sont pas un des moindres bienfaits de cette méthode thérapeutique.

Quand la femme est infectée, que doit-on faire ?

« La section césarienne ne sera pas faite si les incidents qui se sont produits depuis le début du travail laissent craindre la plus petite chance d'infection. En pareil cas, les indications de la symphyséotomie deviennent extrêmement restreintes. » (BAR).

« L'expérience d'aujourd'hui n'est pas suffisante pour qu'on puisse donner la préférence à telle ou telle intervention, et nous ne pouvons que recommander de tout faire pour éviter l'infection. » (PINARD).

Lorsque le fait est accompli, il faut bien l'accepter et délivrer la femme, mais par quels moyens ? C'est ce que nous étudierons dans un prochain chapitre.

II. — Bassins cyphotiques.

Dans cette variété de viciation pelvienne, l'accouchement spontané ou avec le forceps étant impossible, on a pratiqué diverses interventions : opération césarienne, symphyséotomie, opération de KRASKE.

Cette dernière intervention n'a guère été mise en pratique ; il n'en est pas de même des deux autres.

Nous trouvons dans la thèse de ZANNELLI la statistique suivante, concernant la section césarienne et la section pubienne dans les bassins rétrécis au détroit inférieur :

Opération césarienne :

24 cas : 13 femmes mortes — 4 enfants morts.
: 11 femmes guéries — 20 enfants vivants.

Symphyséotomie :

13 cas : 1 femme morte — 1 enfant mort.
: 12 femmes guéries — 12 enfants vivants.

Malgré les succès de FRITSCH, il est facile de constater ici l'infériorité de la césarienne sur la symphyséotomie.

La section pubienne perd, en effet, dans cette variété de bassins viciés, la majeure partie de ses dangers concernant les déchirures des parties molles.

CHANTREUIL trouvait dans le bassin cyphotique la meilleure application de la symphyséotomie. C'est l'avis de la majorité des accoucheurs : par la section pubienne, on donne au diamètre bi-ischiatique un agrandissement sensiblement égal à l'écartement interpubien. Il sera rarement besoin d'un écartement considérable, d'où très peu de crainte de déchirure des parties molles.

Nous avons fait une seule fois la symphyséotomie dans un bassin cyphotique mesurant 5 centimètres de diamètre bi-ischiatique. L'écartement interpubien ne dépassa pas trois centimètres. Quoique l'opération eut lieu en pleine campagne, dans une salle d'estaminet, à deux heures du matin, elle fut suivie d'un double succès, pour la mère et pour l'enfant.

Les résultats excellents de la symphyséotomie

dans les bassins cyphotiques prouvent l'innocuité de l'opération dans tous les cas où il est possible de ménager l'intégrité des parties molles.

III. — Bassins asymétriques.

M. VARNIER les divise en deux catégories :

A. — Les bassins à asymétrie résultant de coxalgie non étendue au sacrum, de luxation coxo-fémorale unilatérale-congénitale, de déviations scoliotiques, rachitiques ou autres.

B. — Les bassins à asymétrie résultant de sacro-coxalgie, d'arrêt de développement d'un aileron sacré et de la synostose qui l'accompagne.

Pour les bassins de la catégorie (A), l'asymétrie est un facteur négligeable.

Ces bassins valent, au point de vue de la symphyséotomie, ce que vaut un bassin symétrique de même viciation antéro-postérieure ou transverse.

Pour les bassins de la catégorie (B), c'est à l'opération césarienne conservatrice ou radicale qu'il faut s'adresser. Il en est surtout ainsi dans les bassins coxalgiques. Il peut se faire qu'il y ait eu une sacro-coxalgie, qui se réveillerait par la symphyséotomie. La radiographie peut à ce sujet nous donner des indications utiles.

M. PINARD a pratiqué dans un semblable bassin l'ischiopubiotomie ou opération de FARABŒUF. Elle n'a jamais été faite depuis lors, du moins à notre connaissance. Nous ne pouvons donc juger sa valeur.

IV. — Bassins couverts.

Cette viciation pelvienne reconnaît deux modes pathogéniques : le spondylizème et le spondylolisthesis. Dans les deux cas, il s'agit d'un glissement de la colonne vertébrale, qui a pour effet de boucher l'entrée du bassin, soit directement, soit à distance.

Dans le spondylizème, l'obstacle siège au-dessus du détroit supérieur ; dans le spondylolisthesis, l'obstacle siège au niveau du détroit supérieur, ou bien occupe la marge du bassin et même l'excavation pelvienne. Quel que soit le siège de l'obstacle, l'engagement du fœtus est gêné et peut-être impossible.

Dans ce cas, c'est l'opération césarienne conservatrice ou non qui est indiquée.

La symphyséotomie ne saurait être conseillée dans le spondylolisthesis, en raison des lésions dont les articulations sacro-iliaques sont généralement le siège (cas de mort appartenant à MORISANI).

V. — Bassins obstrués et déformés par tumeurs solides développées aux dépens des os.

Ces tumeurs affectent un caractère bénin ou malin ; ce sont des exostoses, des fibromes, des enchondromes, des sarcomes ou des carcinomes.

Au moment de l'accouchement à terme, s'il

s'agit d'exostose ou de déformation pelvienne par fracture, on s'efforcera de déterminer exactement la capacité du bassin ; suivant le cas, on fera la symphyséotomie ou l'opération césarienne.

En présence d'un enchondrome, d'un sarcome ou d'un carcinome du bassin, l'opération césarienne trouve son indication.

M. BAR l'a pratiquée deux fois avec succès dans les cas d'obstruction du bassin par un ostéosarcome.

M. COUVELAIRE, à la séance du 6 octobre 1899 de la Société d'Obstétrique, de gynécologie et de Pœdiatrie de Paris, lit une observation intitulée : « Opération du PORRO pour ostéosarcome du bassin. »

Le 22 avril 1901, à la même Société, M. VARNIER communique « la radiographie d'un bassin vicié par obstruction et ayant nécessité l'opération césarienne ». L'auteur a pratiqué l'opération de PORRO.

Nous reviendrons sur ces cas à propos de cette opération. Qu'il nous suffise maintenant de savoir que ces bassins réclament l'opération césarienne.

Pour la plupart d'entre eux, l'indication est absolue ; elle peut quelquefois n'être que relative en ce sens que la symphyséotomie semble devoir permettre un accouchement par les voies naturelles ; l'observation de M. MAYGRIER nous met en défiance.

VI. — Bassins ostéomalaciques.

L'ostéomalacie engendre une viciation pelvienne telle que l'accouchement devient impossible

par les voies naturelles. Ce n'est que rarement que l'on a rencontré ces bassins mous, dilatables, dits en caoutchouc, qui permettent l'extraction du fœtus par le forceps ou par la version. La viciation est souvent telle que le fœtus même mutilé et broyé ne pourrait passer. L'opération césarienne s'impose.

Comme l'on a remarqué que, chez les femmes où l'on se contentait de l'incision utérine, la guérison était rare, tandis que l'opération de PORRO donnait des résultats inattendus, c'est à celle-ci que l'on s'adresse de préférence ; c'est pourquoi nous ne nous arrêtons pas davantage, nous réservant de revenir sur ce sujet dans le chapitre suivant.

L'Opération de Porro dans les rétrécissements pelviens.

La laparo-hystérotomie est parfois suivie dans la pratique de l'ablation partielle ou totale de l'utérus.

PORRO pratiqua le premier, en 1876, de propos délibéré, l'ablation partielle de l'utérus pour obvier aux inconvénients multiples qu'offrait alors la section césarienne conservatrice. De là le nom d'opération de PORRO ou d'amputation utéro-ovarique donné à cette opération.

Elle comporte, après l'extraction du fœtus, la sortie de l'utérus hors la cavité abdominale, la formation d'un pédicule à la limite inférieure du

segment inférieur, l'amputation de l'utérus et des annexes et le traitement du pédicule.

Sans vouloir insister ici sur la technique, nous devons cependant dire quelques mots sur le traitement du pédicule.

PORRO et la plupart de ceux qui ont suivi sa méthode amènent le pédicule à l'extérieur, le fixent à la partie inférieure de la plaie abdominale et réalisent ainsi le traitement extra-péritonéal du pédicule.

En présence des inconvénients de cette méthode, PORRO avait conçu théoriquement l'idée de produire le renversement artificiel de l'utérus, vide du fœtus, dans le vagin et de l'amputer par cette voie.

HUBERT, de Louvain, a décrit un procédé reposant sur le même principe ; WASSEIGE a conseillé, après avoir fait l'opération comme à l'ordinaire, d'inciser le cul-de-sac postérieur du vagin, d'y renverser le pédicule et de l'y fixer.

FRANCK, DUCHAMP ont décrit des procédés d'inversion vaginale du pédicule.

Ce qui devait amener un changement complet dans le traitement du pédicule, c'est la communication de SCHROEDER, au Congrès de Cassel, en 1878. L'auteur fit connaître un procédé de suture qui lui permettait, dans les hystérectomies pour tumeurs fibreuses de l'utérus, d'abandonner le pédicule intra-utérin dans le péritoine.

Cette modification a été tentée par LITZMANN, WASSEIGE, WEIT, etc..., mais les résultats furent néfastes. BERTALOZZI a relevé une série de dix-sept

cas opérés de 1878 à 1884 avec treize morts. Plus tard les résultats deviennent meilleurs. Sur vingt-deux cas traités avec l'abandon du pédicule dans le ventre, de 1884 à 1891, cinq femmes seulement ont succombé.

CHROBAK modifie le traitement du pédicule et les résultats deviennent excellents. R. BRAUN cite vingt deux opérations de PORRO (1899) faites depuis dix ans avec traitement intra ou rétro-péritonéal du pédicule, toutes avec succès. GUMMERT eut deux succès ; ROUTH obtint un résultat heureux par cette pratique dans un cas de fibrome mettant obstacle à l'accouchement ; nombre d'accoucheurs américains en sont partisans. M. LEPAGE vient de publier un nouveau succès. C'est en somme le PORRO moderne.

Donc, à l'heure actuelle, l'amputation utéro-ovarique comprend deux procédés de traitement du pédicule : l'un extra-péritonéal, c'est le PORRO ancien, l'autre intra ou rétro-péritonéal, c'est le PORRO moderne ; c'est l'hystérectomie supra-vaginale des chirurgiens gynécologues appliquée à l'obstétrique.

Indications

PORRO pratiqua son opération au lieu de la césarienne conservatrice en raison des avantages suivants :

1. — On arrête d'une manière sûre, rapide et définitive l'hémorrhagie, même lorsque le placenta

est inséré sur la face antérieure de l'organe.

2. — On diminue l'étendue de la plaie utérine, puisqu'elle est réduite à la grosseur du pédicule.

3. — La lésion des organes internes est amenée au dehors, de sorte que les soins directs deviennent possibles, et la cavité péritonéale est mise parfaitement à l'abri de toute sorte d'irritation.

4. — On diminue les chances des maladies puerpérales en éloignant la plus grande source des processus puerpéraux.

5. — On peut choisir le moment le plus favorable, c'est-à-dire opérer peu de temps avant le terme de la grossesse, puisqu'on n'a pas besoin de contractions utérines pour amener le retrait de l'organe, ni d'un col dilaté pour permettre l'écoulement des lochies par le vagin et qu'ainsi l'on ne s'expose pas à opérer lorsque la femme est épuisée par un long et pénible travail.

6. — On abrège l'opération. En effet, l'amputation utéro-ovarique demande moins de temps que le traitement de l'hémorrhagie.

7. — On empêche mieux le passage des liquides dans la cavité péritonéale, parce qu'on peut serrer les parois abdominales autour du col de l'utérus.

8. — Enfin on met obstacle à toute nouvelle grossesse et aux dangers qu'elle peut faire courir à la femme.

Pendant plusieurs années (1876-1882) l'opération de PORRO avait presque tous ces avantages sur l'opération césarienne conservatrice.

En 1879, M. FOCHIER rappelle que l'opération

de PORRO a diminué considérablement les dangers de l'opération césarienne, que cette modification, ce supplément de la section césarienne s'impose dorénavant comme règle formelle.

« Nous croyons que si, dans un milieu sain, on pourrait se passer du nuage phéniqué et autres accessoires appartenant au pansement officiel de LISTER, il n'en serait pas de même de l'amputation utéro-ovarique. C'est là, selon notre conviction intime, le complément nécessaire, absolu, de la section de l'utérus gravide. » (PINARD, 1879).

« Elle nous semble avoir des avantages assez évidents, des résultats assez remarquables pour devenir une opération de choix et non pas de nécessité. Nous croyons enfin qu'on pourra l'entreprendre, sans être taxé de témérité, dans les cas où l'opération césarienne serait rejetée presque sans examen. » (MAYGRIER, 1880).

C'est l'époque de l'apogée de l'opération de PORRO. Cette vogue fut passagère ; peu à peu, dès que, en 1882, SAENGER eut fait connaître son mode de suture utérine, dès que l'antisepsie surtout fut plus en honneur au cours des opérations, la réaction se fit en faveur de l'opération césarienne conservatrice et alla s'accroissant jusqu'aujourd'hui.

Néanmoins l'opération de PORRO a conservé des indications dans les rétrécissements pelviens.

Rappelons-nous les conditions exigées par LÉOPOLD pour la césarienne conservatrice : que la parturiente ait des contractions énergiques, que son organisme n'ait pas été affaibli par une maladie

grave, qu'on ait la certitude que la femme ne se présente pas infectée à l'opération : pas d'élévation de température, d'accélération du pouls ; poche des eaux intacte ou rompue depuis peu de temps ; pas d'examen suspects, pas d'infection gonorrhéique aiguë ou latente.

Toutes ces conditions font-elles défaut, c'est à l'opération de PORRO qu'il faut procéder. C'est ainsi que LÉOPOLD l'a pratiquée quatre fois parce que la femme était infectée — neuf fois pour des rétrécissements pelviens considérables de nature rachitique, deux rétrécissements considérables, anémie constitutionnelle grave, deux fois lésions cardiaques graves non compensées ; cinq fois pour atonie utérine.

La néphrite est une contre-indication à l'opération césarienne conservatrice, l'affection rénale prédisposant aux hémorragies secondaires et à l'infection.

La crainte de l'hémorragie elle-même ne conduit pas seulement à l'amputation utéro-ovarique, mais aussi la notion clinique que les femmes qui ont perdu beaucoup de sang sont plus exposées que les autres aux thromboses, aux embolies et surtout aux processus septiques.

« Je résous la question de l'extirpation ou non de l'utérus en tenant compte de ces deux éléments de décision : a) Comment la femme supportera-t-elle l'intervention ? b) Est-elle atteinte d'une affection locale ou régionale ? Néphrite chronique, diabète, affections pulmonaires ou cardiaques

graves, etc., la mettent indiscutablement en danger. Une narcose prolongée sans laquelle on ne peut pratiquer la césarienne ni la symphyséotomie aggrave beaucoup le pronostic, tandis que l'opération de PORRO exige, fait bien connu, beaucoup moins de temps et peut très bien être exécutée dans une demi-anesthésie ou même après simple anesthésie de la paroi ». (LÉOPOLD).

L'opération de PORRO doit être faite dans tous les cas où en général la section césarienne est indiquée et l'ablation de l'utérus exigée, dans les cas d'enfant mort et de putréfaction intra-utérine. (REED).

« Une des indications les mieux établies est l'infection certaine ou probable de l'utérus. Toutes les fois que l'on est obligé de pratiquer la césarienne alors que les membranes sont rompues depuis longtemps, que le liquide amniotique est fétide, que le fœtus est mort et putréfié, il est formellement indiqué de terminer l'opération par la suppression de l'utérus ; le meilleur traitement du pédicule est alors sa fixation à la partie inférieure de l'ouverture de l'abdomen (méthode extra-péritonéale) car c'est de cette façon qu'on risque le moins d'infecter la séreuse abdominale. » (MAY-GRIER, 1900).

« L'opération de PORRO doit s'appliquer :

1. — Aux cas nombreux, très nombreux d'utérus infecté pour des raisons multiples, lorsque l'enfant est mort, lorsque les eaux de l'amnios sont écoulées depuis plus ou moins longtemps et que

la femme a subi diverses tentatives opératoires.

2. — Aux cas d'hémorrhagie par atonie utérine, ou dans la crainte de celle-ci.

3. — Aux cas de rétrécissement extrême du bassin, alors qu'une grossesse ultérieure à terme pourrait faire courir les risques d'une nouvelle intervention. » (CASIGLIA).

CARSTENS donne les conclusions suivantes :

1. — Les cas opérés à domicile, dans des conditions défectueuses, par des chirurgiens inexpérimentés dans la pratique des opérations abdominales, sont passibles de l'opération de PORRO, avec pédicule extra-péritonéal.

2. — Les cas de viciation pelvienne devant exiger à l'avenir une section césarienne sont passibles de l'opération de PORRO, à moins que la malade n'en décide autrement.

Multiplier les citations est absolument inutile. Tout le monde est d'accord pour dire que l'ablation de l'utérus et des annexes est indiquée, quand, l'opération césarienne étant indispensable, il y a infection utérine.

C'est là une indication absolue de l'opération de PORRO dans les rétrécissements extrêmes du bassin.

Quel que soit le degré du rétrécissement, l'amputation utéro-ovarique reconnaît encore des indications absolues dans les cas suivants :

1. — Atonie utérine au cours d'une césarienne conservatrice produisant ou faisant craindre la production d'une hémorrhagie abondante. M. BAR

ne l'a jamais observée, soit qu'il opérât avant le début du travail, soit quand le travail était commencé, et il ajoute que l'inertie utérine sera d'autant moins fréquente qu'on s'abstiendra plus de la constriction préventive du col par un lien élastique. D'autre part, le meilleur moyen d'éviter cette hémorrhagie est d'aller vite et d'extraire rapidement le fœtus, au besoin même de faire préventivement une injection sous-cutanée d'ergotinine. Quoi qu'il en soit, le fait peut se produire; LÉOPOLD l'a observé cinq fois; il y a là une indication absolue de l'opération de PORRO.

2. — Nous avons vu qu'au cours d'une opération césarienne répétée on a quelquefois observé un amincissement extrême de la paroi utérine; trop étendu, faisant craindre pour l'avenir une rupture utérine, il exige l'ablation de l'utérus.

3. — Dans les mêmes conditions, on a trouvé des adhérences entre l'utérus et la paroi abdominale, adhérences solides, difficiles à détacher et entraînant avec elles des portions de tissu utérin, telles que toute suture utérine devient impossible. L'amputation de l'utérus est alors obligatoire.

4. — Il en est de même quand au cours d'une symphyséotomie répétée on s'aperçoit que l'écartement des pubis ne peut être obtenu sans léser les organes voisins par suite de leurs adhérences avec le tissu fibreux interpubien.

Les indications de l'opération de PORRO ne sont que relatives dans les circonstances suivantes :
— 1. Cas où on ne la pratique que pour stériliser

la femme. — 2. Cas qui pourraient être opérés par la section césarienne conservatrice. — 3. Cas qui seraient justiciables de la symphyséotomie.

Supposons une femme ayant un rétrécissement extrême du bassin ; elle nous arrive dans de bonnes conditions générales et locales ; nous pouvons, chez elle, choisir entre la césarienne conservatrice et l'opération de PORRO. Quelle opération ferons-nous ?

La césarienne conservatrice la rend apte à une nouvelle grossesse qui exigera, au moment de l'accouchement, une nouvelle intervention abdominale.

Est-il de bonne clinique de la pratiquer ? Oui, dit PESTALOZZA, le choix entre la césarienne conservatrice et l'opération de PORRO doit se résoudre en thèse générale à la faveur de la première, à moins qu'il n'existe une indication particulière à l'amputation de l'utérus.

Laissant de côté les cas dans lesquels l'opération de PORRO ou l'hystérectomie totale sont indiquées pour des raisons spéciales, la section césarienne conservatrice ne présente pas, de par sa technique, de par ses suites immédiates, des inconvénients assez marqués pour la faire abandonner au profit des deux premières méthodes opératoires. Elle laisse à la femme la possibilité de devenir de nouveau enceinte.

Une nouvelle grossesse fait courir à la femme quelques risques. Une opération récidivée peut être plus difficile. Mais les statistiques prouvent que les risques ainsi courus sont minimes. La

crainte de les voir se produire ne doit pas nous autoriser à abandonner la section césarienne conservatrice au profit des opérations mutilatrices. » (BAR).

« La stérilisation de la femme n'est indiquée qu'en cas de santé mauvaise de la mère, dont la vie serait compromise par une nouvelle grossesse. Peut-être y aurait-il lieu de tenir compte également de l'avis de l'intéressée qui ne voudrait plus s'exposer dans la suite aux dangers créés par un autre accouchement.

En dehors de ces conditions, nous pensons que les viciations pelviennes très accentuées ne sont pas une indication du PORRO, et que la césarienne conservatrice reste l'intervention de choix. » (MAYGRIER).

Cette question de la stérilisation ou de la non stérilisation de la femme peut-elle être résolue d'après les données scientifiques? Nous avons vu plus haut le sort réservé aux femmes opérées de la césarienne conservatrice et redevenant enceintes. Le plus souvent les choses se passent bien, mais il est bon de se rappeler la statistique de KRUKENBERG concernant la rupture utérine au cours d'une grossesse succédant à une césarienne conservatrice; ce danger, très sérieux, est devenu moins fréquent avec l'asepsie et une suture utérine parfaite; il existe néanmoins encore (cas de VOYER, d'ABEL, de TARGETT) et l'on doit compter avec cette fâcheuse éventualité dont il faut en conscience avertir la femme.

D'autre part il faut se souvenir des accidents ou malaises qui accompagnent ou suivent une ménopause prématurée artificielle.

Enfin, cette question de la stérilisation pourrait être discutée au point de vue moral et social ; de nombreuses raisons pour ou contre pourraient être données, sans faire beaucoup avancer la solution du problème. Celle-ci, à notre avis, devra venir de la principale intéressée. Veut-elle risquer l'éventualité d'une nouvelle grossesse et d'une autre opération césarienne, l'accoucheur, en l'état actuel de la science, lui en laissera la faculté ; ne veut-elle pas au contraire courir ce nouveau risque, nous devons obéir à cette indication et stériliser la femme.

Reste maintenant le choix du procédé.

L'opération césarienne conservatrice quant à l'utérus peut être suivie de la ligature ou de l'ablation des annexes.

M. DAKIN estime que la malade échappe à certains risques si l'utérus est enlevé au lieu d'être simplement suturé et la malade stérilisée. Il a surtout en vue les risques d'infection du péritoine par une plaie imparfaitement suturée et d'adhérences entre les plaies utérine et abdominale, adhérences qui peuvent être une cause d'étranglement intestinal. Il a observé qu'il n'y avait pas dans ces cas un *shock* plus considérable après l'hystérectomie supra-vaginale qu'après une section césarienne ordinaire.

HERBERT SPENCER ne croit pas que l'on doive

toujours faire l'opération de PORRO dans tous les cas d'obstruction permanente, tel un bassin vicié. Tout en admettant que le traitement intra-péritonéal du pédicule abrège la convalescence et diminue les chances d'éventration, il considère néanmoins qu'il ne prévient pas toujours la péritonite septique par infection des ligatures par le vagin, ni les risques d'adhérences de l'intestin à la cicatrice, amenant l'occlusion intestinale, qu'il a rencontrée une fois. Il préfère de beaucoup l'opération césarienne, ne fait rien pour la stérilisation en liant ou en sectionnant les trompes ; il croit augmenter les dangers pour la malade, ne répond pas des conséquences et considère la chose comme très discutable au point de vue moral.

La césarienne conservatrice donne beaucoup de succès, ne donne pas de pédicule auquel peuvent adhérer les intestins, la plaie de l'utérus puerpéral se trouvant en contact et devenant adhérente à la paroi abdominale, si bien qu'à une opération ultérieure on n'a pas besoin d'ouvrir la cavité péritonéale. C'est ainsi qu'il a pratiqué une opération césarienne avec anesthésie locale chez une malade qui avait subi la section césarienne deux ans auparavant.

Entre l'hystérectomie supra-vaginale et la section césarienne avec stérilisation, dit TARGETT, la balance doit pencher en faveur de l'hystérectomie ; elle peut être faite plus rapidement et elle prévient les risques d'hémorrhagie et d'infection consécutive.

La césarienne conservatrice, suivie de stérilisation, n'est pas très recommandée par les accoucheurs ; mieux vaut l'opération de PORRO classique avec traitement extra-péritonéal du pédicule, ou bien l'amputation supra-vaginale de l'utérus avec traitement rétro-péritonéal du pédicule, ou bien encore l'hystérectomie totale par la voie abdominale.

Voici l'opinion de BOLDT formulée dans un mémoire intitulé ; PORRO ou hystérectomie totale ?

L'auteur préconise l'hystérectomie totale de préférence à l'amputation supra-vaginale avec pédicule extérieur.

Avec la technique actuelle, dit-il, l'hystérectomie totale peut être faite aussi vite que le PORRO.

Dans les cas d'indication absolue de l'opération césarienne, on doit préférer l'extirpation complète de l'utérus.

Les cas suivants ressortissent à l'hystérectomie totale :

1. — Femmes ayant un enfant vivant dans l'utérus et près du terme, et chez lesquelles les diamètres du bassin ne permettent pas l'accouchement d'un enfant vivant par les voies naturelles.

2. — Lorsque l'enfant est mort in utero et que l'organe est de ce fait infecté.

Il faut quelques minutes en plus pour faire l'hystérectomie totale ; mais elle a des avantages : danger moindre d'infection ; pratiquement, pas de danger d'hémorrhagie secondaire ; danger moindre

d'obstruction intestinale; convalescence plus courte, danger moindre d'éventration.

En 1897, M. PINARD communiquait à l'Académie de Médecine une observation de gastro-hystérectomie totale chez une femme en travail, à terme, ayant un rétrécissement extrême du bassin. Il la faisait suivre des réflexions suivantes :

« Partisan jusqu'alors de l'opération césarienne suivie de l'amputation utéro-ovarique, excellente opération qui m'a donné de très bons résultats, et encore dans deux cas l'année dernière, j'ai modifié ma manière de faire, non pas seulement parce que l'absence de moignon rend les suites opératoires plus courtes, mais encore et surtout parce que cette nouvelle opération pourra, à mon avis, permettre de pratiquer avec succès l'opération césarienne dans les cas d'utérus infectés, ce que n'osaient pas faire et ne faisaient pas jusqu'à présent les césariens les plus résolus.

Dans les cas de rétrécissement du bassin, alors que des manœuvres infructueuses avaient été faites dans l'utérus, que des symptômes pouvaient faire croire à un début d'infection et que l'enfant était vivant, beaucoup d'accoucheurs préféreraient tuer l'enfant et le broyer plutôt que de pratiquer l'opération césarienne.

Il me semble que la gastro-hystérectomie suivie de l'hystérectomie totale doit faire disparaître, du seul petit terrain où on pouvait la discuter encore, l'embryotomie sur l'enfant vivant.

Si je ne me trompe, c'est là un progrès que nous

devons à la chirurgie contemporaine. L'avenir dira si je suis dans la vérité ou dans l'erreur. »

Dans leur mémoire, MM. VARNIER et DELBET (1897) ont rassemblé huit observations d'hystérectomie totale pour rétrécissement du bassin. — Huit enfants furent extraits vivants, sept mères guérirent; une seule a succombé.

De ces huit observations, sept ont trait à des indications absolues à l'opération césarienne; une a trait à l'indication relative.

Parmi les sept à indication absolue, il en est cinq où la question de l'hystérectomie abdominale totale complémentaire ne pouvait se poser que pour ceux qui, comme nous, sont partisans de l'opération radicale dans les rétrécissements extrêmes. Il s'agit en effet de cas aseptiques où les partisans de la césarienne conservatrice n'hésitent pas à opérer.

Mais, étant donné qu'on préfère, comme nous, l'opération radicale, il semble que l'on doive recourir de préférence à l'hystérectomie totale plutôt qu'au PORRO pour les maisons qui font préférer actuellement l'hystérectomie à l'amputation supra - vaginale, qui faisaient préférer naguère le traitement intra-péritonéal au traitement extra-péritonéal du pédicule.

A condition, nous empresserons-nous d'ajouter, qu'on soit entraîné à la pratique de la chirurgie abdominale. Il nous semble que pour le praticien une fois par hasard acculé à l'opération césarienne la méthode de choix doit rester le classique PORRO.

Dans les deux autres cas à indication absolue, la question de l'hystérectomie abdominale totale pouvait se poser même aux partisans en principe de l'opération césarienne conservatrice en cas de rétrécissement absolu du bassin. Il s'agissait de femmes dont le travail avait commencé en ville, chez qui la poche, étant rompue, des examens répétés avaient été pratiqués par des mains suspectes ; il y avait donc, pour tout le monde, indication à une opération radicale.

Et la question se pose alors entre le PORRO classique, qui jusqu'à présent a paru l'intervention de choix dans ces cas suspects et l'hystérectomie abdominale totale.

En théorie, SCHAUTA se prononce pour le PORRO classique et croit qu'il faut réserver l'hystérectomie abdominale aux cas aseptiques. En pratique, RIEPPI a passé outre et s'en est bien trouvé.

Nous allons revenir sur ce point à propos de la dernière observation de notre statistique. Il s'agit d'une hystérectomie totale faite par M. PINARD dans un cas de rétrécissement pelvien justiciable de la symphyséotomie, mais où celle-ci a été jugée plus périlleuse pour la mère et pour l'enfant que l'opération césarienne. Il s'agissait d'une indication relative.

Obs. : Bassin rachitique de 75 à 30 mill. de C. V. œuf ouvert ; liquide vert — b 37,4 — P = 120.

Battements fœtaux irréguliers 120-170.

Etant admis cette indication à la césarienne, il

ne pouvait être question que de l'opération radicale, les conditions dans lesquelles se trouvait la parturiente contre-indiquant la césarienne conservatrice, puisqu'elles contre-indiquaient la symphyséotomie.

En faveur de l'opération classique, il y avait des raisons de fait et des raisons théoriques ; des raisons de fait : les résultats favorables quoad vitam donnés jusqu'alors en pareil cas par l'opération de PORRO classique ; des raisons théoriques, la possibilité de vider hors du ventre l'utérus à contenu suspect, de faire une opération primitivement et secondairement extra-péritonéale.

Contre le PORRO, et en faveur de l'hystérectomie totale, il y avait le désir de ne rien laisser d'un utérus qu'on supposait infecté, rien qui fût capable de donner naissance par la suite à des complications septiques. C'est l'hystérectomie totale qui fut choisie. La femme a succombé cinquante heures plus tard avec accélération du pouls, température au-dessous de 38°, vomissements, ballonnement du ventre.

On ne peut, sur un aussi petit nombre de faits, prononcer pour ou contre l'application aux cas suspects de l'hystérectomie abdominale totale. Le sujet mérite qu'on y réfléchisse et qu'on ne se hâte pas de lâcher la proie pour l'ombre (VARNIER et DELBET).

SIEBOURG a pratiqué l'extirpation totale une fois dans un bassin rachitique avec guérison, et une fois, sans succès, chez une ostéomalacique.

LAMBRET pratiqua l'opération césarienne suivie d'hystérectomie, chez une femme opérée, deux ans auparavant, d'une uretéro-cysto-néostomie abdominale, et dont le bassin ne mesurait que neuf centimètres de diamètre promonto-sous-pubien.

L'enfant, du sexe féminin, pesant 4.990 grammes, fut ranimé. Les suites de l'opération chez la mère furent simples, la montée laiteuse fut normale et elle fut bientôt une excellente nourrice.

Le 24 août 1900, un mois après, mère et enfant quittaient l'hôpital.

En novembre 1898, M. ROUTIER fut mandé par M. PINARD pour examiner une femme qu'il avait opérée de uretéro-cysto-néostomie. Un accouchement antérieur avait nécessité la basiotripsie : le bassin était rétréci.

Au terme de la grossesse actuelle, MM. PINARD et ROUTIER furent d'accord pour pratiquer une opération césarienne suivie d'une hystérectomie totale.

L'enfant vécut ; la mère mourut, une des ligatures du pédicule ayant cédé.

Nous avons ainsi *douze observations d'hystérectomie abdominale totale* dans les rétrécissements pelviens, avec neuf guérisons et trois morts pour la mère, soit une mortalité de 25 0/0.

Il est difficile, en présence du petit nombre de cas, de porter un jugement définitif sur la valeur de cette opération dans les rétrécissements pelviens.

On peut toutefois, à priori, la considérer comme

sérieuse. Ce qui est certain, c'est qu'elle n'est pas à la portée de tout praticien, qu'elle exige une pratique suivie de la chirurgie abdominale, qu'elle demande plus de temps que ses rivales, ce qui a bien son importance au point de vue du choc opératoire.

Reconnait-on encore aujourd'hui à l'hystérectomie abdominale totale des avantages aussi réels que ceux que BOLDT lui attribue? Il est permis d'en douter : la grande généralité des gynécologues lui préfère maintenant l'hystérectomie subtotale, en raison des accidents infectieux que fait toujours craindre l'ouverture de la cavité vaginale.

Il nous reste donc deux méthodes opératoires :

Le PORRO classique et le PORRO moderne ou l'hystérectomie subtotale.

« Dans tous les cas de rétrécissement pelvien suffisant pour commander la césarienne suivie de castration, il vaut mieux pratiquer le PORRO moderne, c'est-à-dire l'hystérectomie supra-vaginale rétro-péritonéale. » (ROUTH).

Les résultats de cette méthode appliquée à l'obstétrique sont :

CHROBAK	22 cas	22 succès
GUMMERT	2 »	2 »
LEPAGE	1 »	1 »
ROUTH	1 »	1 »

Nous pouvons faire à l'hystérectomie subtotale le même reproche qu'à l'hystérectomie totale, c'est de ne pouvoir être faite que par des opérateurs

rompus à la pratique des opérations abdominales, ayant à leur disposition des aides initiés, un local aménagé ad hoc.

Pour le praticien isolé, pressé d'agir, il lui reste l'opération de PORRO avec traitement extra-péritonéal du pédicule. Elle est beaucoup plus facile, demande beaucoup moins de temps, et somme toute répond bien à l'indication : extraire l'enfant, enlever l'utérus et stériliser la femme.

Dans une leçon récente, M. PINARD s'en montre toujours très partisan et la recommande spécialement à ceux qui sont appelés à exercer à la campagne.

Le 17 décembre 1899, MM. CHAMPETIER DE RIBES et COUVELAIRE pratiquent l'opération de PORRO classique dans un cas de dystocie par ostéosarcome du bassin ; M. VARNIER se conduit de même le 1^{er} février 1901 en présence d'un bassin vicié par obstruction (enchondrome pelvien).

L'opération de PORRO est donc toujours de mise ; elle doit, à l'heure actuelle, dit M. PINARD, conserver une place au moins égale aux deux autres (symphyséotomie et opération césarienne conservatrice). Elle a sauvé et sauvera encore bien des existences.

Si l'on a voulu substituer l'hystérectomie subtotale à l'opération de PORRO, c'est que celle-ci présente quelques inconvénients. On accuse le pédicule d'être un foyer d'infection pendant toute la durée de son élimination, un peu longue parfois, de donner lieu à une cicatrice abdominale irrégu-

lière, de favoriser l'éventration, enfin d'obliger les opérées à un repos prolongé.

Ces reproches sont justifiés ; mais l'infection du moignon se généralise bien rarement quand elle existe, ce qui n'est pas une règle absolue. Au point de vue esthétique, le PORRO moderne est incontestablement supérieur, mais, en présence de la facilité et de la rapidité de son exécution, de l'absence de dangers d'hémorragies secondaires, beaucoup d'accoucheurs ont encore recours, étant donnés ces résultats, au PORRO classique.

Supposons maintenant une femme ayant un bassin vicié par rachitisme, tel que l'opération césarienne n'ait plus qu'une indication relative. Il y a des doutes sur l'asepsie parfaite du canal génital et la césarienne conservatrice semble trop osée pour être choisie ; elle est même contre-indiquée, ce qui n'empêche pas la femme d'avoir toutes les apparences extérieures de la santé et de ne présenter aucun symptôme d'infection. Dans ces conditions, et dans les limites que nous avons indiquées, la symphyséotomie, opération essentiellement conservatrice, doit être pratiquée même pour sauver un fœtus déjà souffrant, mais susceptible encore d'être extrait vivant : elle doit être préférée à l'opération de PORRO, car en admettant un insuccès partiel, pour l'enfant, on laisse toujours, avec la section pubienne, la possibilité d'une nouvelle grossesse et d'un nouvel accouchement favorable pour l'enfant.

Si la femme est infectée manifestement, la sym-

physéotomie devient d'angereuse à son tour. La conduite à tenir sera variable selon les circonstances. Si l'infection est profonde, seule l'opération de PORRO donne quelques chances de salut à la femme ; ne s'agit-il que d'infection amniotique devant céder aux moyens thérapeutiques habituels, la basiotripsie sera préférée, même si le fœtus est encore vivant ; sa vitalité est en effet très compromise et il succombe souvent, quelques jours après l'accouchement, à des phénomènes de bronchopneumonie ou à toute autre manifestation infectieuse. Pour une vie fœtale très aléatoire dans ces conditions, l'opération de PORRO sacrifie tout espoir d'une nouvelle grossesse, tandis que la basiotripsie conserve à la femme la faculté de procréer à nouveau.

Résultats de l'opération de Porro

Les progrès de la chirurgie moderne les ont améliorés d'une façon notable, ainsi que le prouvent les statistiques suivantes :

En 1880, M. MAYGRIER ajoute dix-huit cas nouveaux à ceux recueillis par M. PINARD et arrive à un total de cinquante-cinq cas.

23 femmes ont guéri, 42 %.

32 femmes sont mortes, 58 %.

Statistique de GODSON, s'arrêtant en 1884 : 56 à 57 % mortalité maternelle.

Statistique de HARRIS s'arrêtant à 1890 : 44 à 65 % mortalité maternelle.

Statistique de CARUSO : 273 cas jusqu'en 1892, 34,4 % mortalité maternelle.

Statistique de DEMELIN portant sur 55 opérations de 1887 à 1895 : 23 % de mortalité maternelle.

A partir de 1893, 10 % de mortalité maternelle.

Dans un travail datant de 1899, R. BRAUN donne les documents suivants portant sur 87 cas :

9	opérations	CHROBAK	2	morts	22,22 %
9	»	SCHAUTA	2	»	22,22 %
29	»	LÉOPOLD	3	»	10,3 %
40	»	G. BRAUN	2	»	5 %
<hr/>			<hr/>		
87 cas			9 morts 10,34 %		

Statistique de NOVI : 24 opérations PORRO, 2 morts, 8,33 %.

En résumé, sur 111 césariennes suivies d'amputation utéro-ovarique, toutes de date récente, il y a 11 morts : 9,9 %.

BERTADLOZZI a publié une statistique des opérations de PORRO et il constate que de 1876 à 1897, la mortalité maternelle est de 17 %.

Sur treize cas opérés de 1876 à 1889, il y a cinq morts, soit 38,46 %.

Sur 18 cas opérés de 1889 à 1898, il compte deux morts, soit 11,11 %.

Voici le tableau de BERTADLOZZI :

	Cas	Mères guéries	Mères mortes	Enfants vivants	Enfants morts
CHIARA.....	5	3	2	5	0
MANGIAGALLI..	2	2	»	2	0
NÉGRI.....	1	1	»	1	0
PORRO.....	15	12	3	14	1
TRUZZI.....	8	6	2	7	1
BERTADLOZZI..	10	10	»	9	1

Quant à la mortalité infantile, elle est très variable suivant les statistiques ; elle est en général assez élevée, 21 % CARUSO, 24 % DEMELIN, et 16,6 % à BRAUN.

Le pronostic pour l'enfant doit être, toutes choses égales d'ailleurs, le même et dans l'amputation utéro ovarique et dans la césarienne conservatrice. Pour cette dernière nous avons donné le chiffre moyen de 5,7 % de mortalité.

Or, TRUZZI, dans une série de 56 cas d'opérations de PORRO, compte 7 morts d'enfants ; mais 4 avaient succombé avant l'opération, ce qui donne une moyenne de 6 %, chiffre qui se rapproche du précédent.

Il n'est nullement étonnant que l'opération de PORRO donne une mortalité maternelle et infantile supérieure à celle de la césarienne conservatrice. Tandis que celle-ci est une opération de choix, le PORRO est plus souvent une opération de nécessité, quelquefois une ressource ultime, après d'autres manœuvres obstétricales infructueuses, quand il y a déjà infection utérine. Ces circonstances ne sont pas sans influencer sur le résultat final en ce qui con-

cerne la mère et de même pour l'enfant, dont la vitalité peut être déjà compromise, quand il n'a pas succombé avant l'intervention.

Il serait illogique de vouloir en tout et partout comparer les statistiques entre elles, les faits qui les ont fournis devant être tout à fait disparates. On est cependant bien obligé de les prendre comme base pour établir quelques données, mais en se rappelant que tout est relatif.

CHAPITRE II

Ostéomalacie.

Nous avons réservé un chapitre spécial au bassin ostéomalacique et aux indications qu'il comporte, parce qu'ici, à côté du rétrécissement pelvien, il y a la maladie générale cause de la déformation pelvienne, dont il est intéressant d'étudier le traitement.

Parmi les diverses théories pathogéniques invoquées pour expliquer l'ostéomalacie, il en est une surtout qui intéresse l'accoucheur au point de vue thérapeutique. C'est la théorie de FEHLING, d'après laquelle l'activité exagérée des ovaires entraînerait par voie réflexe des altérations du système osseux. Il y aurait, suivant l'expression de FEHLING, trophonévrose liée aux phénomènes sexuels et analogue à ce qui se passe dans l'organisme au moment de la puberté, de la grossesse ou de la ménopause. L'activité morbide des ovaires entraîne, par réflexe des voies sympathiques, une excitation des vaso-dilatateurs ; il se fait de l'hyperémie par

stase veineuse de l'os ; les sels calcaires se dissolvent ; l'os fond peu à peu.

Cette interprétation a réuni la majorité des suffrages et trouve en quelque sorte sa confirmation dans la méthode thérapeutique appliquée aux viciations pelviennes de nature ostéomalacique.

Cette affection osseuse produit en effet des déformations telles que l'accouchement devient impossible par les voies naturelles. On a cependant rencontré des bassins mous, dilatables, dits en caoutchouc, qui permettent l'extraction du fœtus par le forceps ou la version, dix-sept fois sur cent d'après LITZMAN, trente fois sur cent d'après HUGENBERGER. Sur quarante et un cas, LOSATI n'a observé que deux fois l'inextensibilité du bassin ; quand elle existe, la viciation peut être telle que l'opération césarienne s'impose.

Or on a remarqué que l'opération de PORRO donnait des résultats inattendus ; la plupart des malades qui la subissaient, guérissaient de leur affection osseuse, tandis que chez celles où l'on se contentait de l'incision utérine, la guérison était rare. C'est de cette observation clinique qu'est née la théorie de FEHLING et la pratique de l'opération de PORRO dans les bassins ostéomalaciques, et la pratique de la castration chez les ostéomalaciques non gravidés.

Aussi voit-on SAENGER 1884, KLEINWACHTER 1886, et SIPPEL, conseiller cette intervention de laquelle ils ont retiré de grands bénéfices.

En 1887, FEHLING soutient qu'un résultat iden-

tique peut être obtenu plus aisément avec moins de danger par la simple castration : il recommande de ne pas attendre que l'on ait la main forcée par un accouchement impossible ; il faut intervenir chez ces femmes en dehors de toute grossesse.

Les travaux se multiplient bientôt : deuxième mémoire de FEHLING en 1888 ; publications de HOFFA, TRUZZI, SIPPEL, si bien qu'en 1892, KUMMER peut réunir 38 faits d'ablation des ovaires par castration simple.

FEHLING (mai 1893) en connaît 50 cas environ avec 3 morts ; sur 14 faits qui lui sont personnels, 13 malades ont survécu, 11 ont guéri rapidement, 2 n'étaient pas encore complètement rétablies au moment de la communication de cet auteur, en raison de complications rhumatismales.

En 1897, MESLAY a rassemblé 56 cas de PORRO avec 24 insuccès et 32 cas favorables, 70 castrations doubles avec 12 insuccès, et 58 guérisons ou améliorations très notables.

« Si l'on prend l'ensemble des cas sévèrement contrôlés par WINCKEL, TRUZZI, où les malades ont été revues longtemps après l'opération, il résulte bien de tous ces faits que c'est au plus si le chiffre des insuccès s'élève encore à 20 % ; autrefois, c'était exactement le chiffre des guérisons. » (MESLAY).

Aussi voyons-nous tous les auteurs classiques ranger l'ostéomalacie parmi les indications absolues de l'opération de PORRO.

Nous pourrions discuter à nouveau les indica-

tions relatives de l'opération césarienne conservatrice suivie de l'ablation des annexes, de l'hystérectomie abdominale totale, de l'hystérectomie supra-vaginale avec pédicule rétro-péritonéal et de l'opération de PORRO classique. Ce serait une répétition. Nous terminons par cette conclusion : L'indication de la section césarienne dans l'ostéomalacie est une indication de l'ablation de l'utérus et des annexes, puisque la stérilisation donne plus de chances de guérison à la femme.

Selon les cas et suivant les circonstances on fera le PORRO avec traitement extra-péritonéal du pédicule, ou le PORRO avec traitement rétro-péritonéal du moignon cervical.

WEISS fit l'hystérectomie totale dans un cas d'ostéomalacie ; il la préfère à l'opération de PORRO.

CHAPITRE III

L'opération césarienne dans les accès éclamptiques.

L'expérience clinique permet de constater que les accès éclamptiques diminuent de nombre et d'intensité, disparaissent même quelquefois complètement quand la femme est délivrée. Il ne s'agit pas là d'une loi générale, attendu que l'on voit fréquemment des accès éclamptiques survenir post-partum.

En présence des dangers courus par la mère et le fœtus, dans les cas d'éclampsie grave, survenant pendant la grossesse, alors que l'effacement du col n'existe pas encore, quelques accoucheurs ont cherché à obtenir quand même l'extraction de l'enfant.

En 1892, DÜHRSEN préconise l'accouchement forcé et propose les incisions profondes du col. Cette pratique, adoptée par GUSSEROW, MANGIAGALLI, CHARLES, est rejetée par les accoucheurs

français. D'après DÜHRSEN, les accès cesseraient dans 94 % des cas, immédiatement après l'extraction de l'enfant ; ZWEIFEL n'a vu les accidents disparaître que dans un tiers des cas ; ils se sont amoindris dans un autre tiers, et ont persisté avec la même intensité dans le dernier tiers.

Pour évacuer la cavité utérine le plus rapidement possible, HALBERSTMA a proposé l'opération césarienne et la fit sur une éclampsique le 1^{er} juillet 1878.

En 1892, WERTHEIM a observé trois cas dans lesquels on eut recours à cette intervention ; une de ces femmes succomba quatorze jours plus tard, les deux autres ont guéri. Dans un cas, les accès persistèrent pendant vingt-quatre heures ; dans un deuxième cas, deux accès se produisirent quarante-huit heures après l'opération ; dans le troisième cas, l'extraction de l'enfant marqua la fin des accès.

La même année, DÜHRSEN comptait onze cas d'opération césarienne dans l'éclampsie, dix fois les accès ont cessé après l'opération, une fois ils ont continué.

Dans cette statistique on ne peut nier l'influence favorable de l'intervention sur les accès éclamptiques ; mais toutes les malades ont-elles guéri ? Non.

Sur ces onze cas, il y eut quatre morts, deux par septicémie, une par hémorrhagie cérébrale, une par œdème pulmonaire.

Malgré ces insuccès, HALBERSTMA, en 1896, au Congrès de Genève, a de nouveau insisté sur les

avantages de l'opération césarienne et son opinion a rencontré des partisans : OLSHAUSEN préfère l'opération césarienne à l'accouchement forcé. Il l'a faite trois fois avec deux succès.

MANGIAGALLI l'accepte également avant tout début de travail, en raison des difficultés de la méthode de DÜRHSSEN.

HERFF accepte également l'opération césarienne dans les cas où la femme n'est pas en travail, et quand l'enfant est vivant.

BIERMER fait remarquer que dans l'éclampsie deux méthodes thérapeutiques sont à la disposition de l'accoucheur.

La méthode expectative, consistant en bains chauds, chloral, morphine, est heureuse dans beaucoup de cas.

Il est cependant des conditions dans lesquelles ce traitement est inutile et qui réclament des moyens plus radicaux.

D'après BIERMER, sur quatre-vingts cas traités par l'évacuation rapide de l'utérus, soixante-quinze furent suivis de guérison, les convulsions cessant après l'accouchement.

Suivant le conseil d'HALBERSTMA, BIERMER pratiqua l'opération césarienne chez une primipare de 24 ans, prise subitement de maux de tête violents et tombée dans le coma. L'urine contenait de l'albumine en grande quantité, des cylindres épithéliaux, des globules rouges ; le col était intact, pas de contractions douloureuses. Le cas était très grave et l'accouchement immédiat était indiqué ;

l'état du col s'opposant à la délivrance par les voies naturelles, la section césarienne classique fut pratiquée.

L'enfant, asphyxié, fut ranimé.

Les convulsions ne cessèrent pas, allèrent se répétant à de courts intervalles. La malade mourut trente-six heures après, ayant eu pendant ce temps au moins trente-quatre accès convulsifs. L'examen post-mortem fit voir un œdème généralisé des organes internes et spécialement du cerveau, une dégénérescence flasque du cœur, une néphrite aiguë, des hémorrhagies sous-séreuses du foie.

Malgré la terminaison funeste du fait en question, BIERMER conclut qu'aucun autre traitement ne pouvait sauver la vie de la malade et la section césarienne a au moins eu un résultat favorable, en sauvant la vie de l'enfant.

HILLMANN rapporte un cas d'éclampsie qui le força à faire la section césarienne. Il vit, après le sixième accès, une primipare de vingt-six ans cyanosée, en état comateux et présentant de l'œdème pulmonaire.

Il n'y avait pas de douleurs ; l'orifice du col était complètement fermé. Ne pouvant savoir si le fœtus était encore vivant, il fit l'opération césarienne pour sauver la mère.

Après l'évacuation de l'utérus, il n'y eut plus d'accès.

FREUND observa une primipare de 44 ans, présentant des troubles de la vue, de l'œdème des membres inférieurs et de la vulve, de l'albumi-

nurie, des cylindres et des globules rouges dans l'urine. Elle refusa le régime lacté. Quatre semaines après, le travail commença. Le vagin était rigide, déjà sénile, le col dur, non dilaté ; l'orifice représenté par une petite dépression.

Trente-quatre heures plus tard l'orifice externe n'admet que l'extrémité du doigt ; la malade a des vertiges, des troubles de la vue, une légère attaque d'éclampsie.

FREUND pratiqua l'opération césarienne avec succès pour la mère et l'enfant.

Le Dr WILLIAMS fit l'opération césarienne conservatrice chez une rachitique éclamptique ; l'enfant fut extrait vivant ; la mère guérit.

OLSHAUSEN eut le même succès. Il pense que l'opération césarienne est indiquée dans les cas graves d'éclampsie survenant avant le début du travail lorsque les parties molles ne sont pas dilatées et résistantes. De tels cas sont rares ; sur 250 cas d'éclampsie, on opéra trois fois ; les accès cessèrent chaque fois ; mais une malade mourut dans le coma éclamptique, six heures après.

MORAN constate que l'opération césarienne antemortem proposée par HALBERSTMA, dans le traitement des accès éclamptiques, a été faite 14 fois par lui et d'autres avec une mortalité de 36 %.

Les résultats de l'hystérotomie abdominale, dans ces conditions, ne sont pas assez favorables pour marquer un progrès sérieux dans le traitement de l'éclampsie de la grossesse.

Nous n'avons pas connaissance de la mise en

pratique de cette méthode thérapeutique en France, où l'on a recours exclusivement au traitement médical (régime lacté, chloral, chloroforme, purgatifs, saignée, et dans certains cas injections de sérum artificiel, bains, etc.).

Le traitement obstétrical n'est appliqué que pendant le travail et se résume dans l'accélération par les différents procédés (ballons dilatateurs, dilatation manuelle) sous l'anesthésie au chloroforme.

MM. RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE, relatant un fait malheureux de MULLER, un fait heureux de KALTENBACH, concluent que l'opération césarienne ne peut être pratiquée que d'une manière exceptionnelle, lorsque, l'état de la mère étant désespéré, le fœtus est vivant et que le travail n'est pas suffisamment avancé pour permettre son extraction rapide par les voies naturelles.

CHAPITRE IV

L'opération césarienne dans les atrésies du vagin.

L'opération césarienne a été rarement appliquée aux *atrésies congénitales du vagin* : sur trente-huit cas rassemblés par MÜLLER, une fois seulement elle fut pratiquée ; LESI et MARTINETTI ont fait l'opération de PORRO.

La dystocie est rarement assez accusée pour nécessiter cette intervention, parce que les parois vaginales ayant ici leur structure histologique normale subissent les phénomènes habituels du ramollissement gravidique. Il s'ensuit que le canal vaginal finit presque toujours par avoir assez de souplesse pour acquérir une dilatation suffisante permettant l'expulsion spontanée ou l'extraction artificielle du fœtus.

Les *atrésies acquises*, d'origine traumatique ou infectieuse, ou néoplasique, constituent parfois de véritables rétrécissements, comparables aux rétrécissements pelviens. Comme eux, ils ont des

degrés variables, qui tantôt permettent l'accouchement spontané, tantôt exigent des interventions d'importance croissant avec le degré de rétrécissement.

La forme, la consistance du rétrécissement font varier le pronostic. L'accouchement, possible en cas de brides, de cloisons longitudinales ou obliques, de diaphragmes percés d'un orifice qui cède à la dilatation, soit naturelle par la partie fœtale, soit artificielle par les doigts ou les instruments, devient impossible ou très dangereux pour la mère et l'enfant dans les cas de rétrécissement annulaire, cylindrique ou en entonnoir.

Le siège de l'obstacle a enfin une grande importance sur la conduite à suivre.

Suivant les cas, l'accouchement sera fait par la voie vaginale, ou par la voie abdominale.

La voie vaginale sera suivie toutes les fois qu'il doit n'en résulter aucun danger pour la mère.

Deux moyens nous sont offerts pour lutter contre l'obstacle : la *dilatation*, les *incisions*.

Les brides plus ou moins épaisses, qui résistent à la dilatation digitale, seront sectionnées, entre deux ligatures au besoin, si l'on craint une hémorrhagie.

Les rétrécissements annulaires ou cylindriques, pourvus d'une orifice suffisant, assez souples, sont passibles de la dilatation. Les dilatateurs métalliques sont les plus mauvais ; il est préférable d'avoir recours aux ballons dilatateurs et mieux encore à la dilatation digitale avec une seule main, ou

avec les deux mains, selon le procédé indiqué par M. BONNAIRE pour le col utérin.

Les incisions ne sont pas applicables à tous les cas. Elles sont dangereuses dans les occlusions complètes ou presque complètes, dans les rétrécissements profonds, voisins du col de l'utérus plus ou moins englobé dans la cicatrice. Elles exposent aux blessures de l'urèthre, de la vessie et du rectum, lorsque ces organes ont contracté des adhérences intimes avec le tissu cicatriciel. Le diagnostic de ces adhérences est fait par le cathétérisme vésical et par le toucher rectal. Lorsqu'elles existent, la voie vaginale ne convient pas, elles exposent à des délabrements considérables, elles peuvent s'accompagner des hémorrhagies assez graves pour déterminer la mort. (Obs. de SPIEGELBERG, de KRICZ).

Dans ces conditions l'opération césarienne est indiquée d'une façon absolue.

M. BRINDEAU a réuni quarante-trois cas d'opération césarienne pour atrésie acquise du vagin. Vingt-quatre fois on fit la césarienne conservatrice et dix-neuf fois l'opération de PORRO, avec les résultats suivants :

24 César. conserv.	{	mortalité maternelle 41,6 %
		mortalité infantile 36 %
19 Opér. de PORRO	{	mortalité maternelle 27 %
		mortalité infantile 23 %

Parmi ces observations, dit M. BRINDEAU, il en existe un certain nombre qui sont antérieures à l'antisepsie, et si l'on s'en tient à la statistique de

KAYSER qui date de 1893, en y ajoutant le cas de NEUGEBAUER, la mortalité pour l'opération de PORRO s'abaisse à 7,6 % pour les mères.

HIRST a publié deux succès obtenus par l'opération de PORRO.

Il existe donc une différence considérable entre la césarienne conservatrice et l'opération de PORRO dans les résultats obtenus.

L'explication en est simple. Nous avons vu plus haut quelles sont les conditions requises par les césariens les plus conservateurs pour le succès de l'opération ; la principale de ces conditions est une absence totale de toute cause d'infection. Existe-t-elle dans les atrésies du vagin ? Il s'en faut de beaucoup.

« La première conséquence du rétrécissement » est de diviser le vagin en deux loges qui communiquent plus ou moins facilement ensemble. » La loge inférieure qui communique avec l'extérieur ne présente rien de particulier à noter ; » mais la loge supérieure qui, en outre de ses » sécrétions, reçoit celles de l'utérus, se vide mal et » il se produit, au moins dans les rétrécissements » prononcés, une rétention de mucosités cervico-vaginales qui sont un excellent milieu de culture » pour les saprophytes du vagin. Les anaérobies s'y » développent tout particulièrement et c'est ce qui » explique que ces femmes s'infectent très rapidement dès qu'elles ont perdu le seau. » (BRINDEAU).

Ajoutons que la rupture prématurée des membranes est fréquente.

Voilà une cause certaine d'insuccès de la césarienne conservatrice ; nous pouvons y adjoindre celle qui résulte d'un obstacle à l'écoulement lochial.

Ce rétrécissement cicatriciel du vagin persistera après l'accouchement ; la femme redevenant enceinte devra subir une nouvelle laparo-hystérotomie ; elle rentre dans la catégorie de celles qui ont un rétrécissement extrême du bassin. Nous avons vu la conduite à tenir.

Pour toutes ces raisons, l'opération de PORRO doit ici se substituer à la césarienne conservatrice.

Même avec l'amputation utéro-ovarique, l'écoulement lochial, bien moins abondant, doit être facile.

HIRST nous dit qu'il fit deux fois cette opération pour atrésie du vagin. Dans le premier cas il n'eut aucun accident ; le peu de lochies qu'il y eut après le PORRO s'écoulèrent facilement et la malade eut des suites opératoires apyrétiques. Dans le second cas, il observa des accidents très graves. Il y avait dans les deux tiers supérieurs du vagin un petit trajet sinueux, dans lequel il pouvait passer à peine une sonde utérine. Il y eut, après l'amputation utéro-ovarique, un léger écoulement lochial, provenant du col, qui ne put s'échapper facilement. Finalement, HIRST fut obligé de dilater le trajet sinueux de façon à faciliter le drainage vers le bas. Sa malade guérit, quoiqu'il y eut infection du moignon cervical et fièvre prolongée.

L'auteur conclut que, même après le PORRO, il

faut toujours assurer un ample drainage par en bas.

Il est donc permis de se demander si l'opération de PORRO est bien l'opération de choix dans les atrésies extrêmes du vagin.

Pour ceux qui pratiquent couramment la chirurgie abdominale, il serait préférable de recourir à l'hystérectomie abdominale totale.

M. DELBET en a publié une observation due à M. LEVECQUE ; il s'agissait d'une atrésie vaginale consécutive à une injection vaginale avec l'acide sulfurique pendant la grossesse. Au début du travail un enfant vivant fut extrait par l'hystérotomie, qui fut complétée par l'hystérectomie abdominale. Une cautérisation énergique de la cavité cervicale au fer rouge supprimerait toute chance d'écoulement lochial et d'infection.

A côté de l'atrésie vaginale proprement dite nous pouvons placer les rétrécissements de ce conduit causés par une tumeur du voisinage.

Une opération césarienne pour cancer du rectum

L'observation suivante de BALDY (de Philadelphie) est intéressante à ce point de vue.

Au mois de septembre 1900, dit BALDY, on me demanda de voir une femme enceinte sur le point de mourir. Elle était maigre, émaciée, enceinte de sept mois et demi environ ; elle était couchée, avait un aspect cireux, et souffrait de douleurs continues

dans le dos et le rectum ; elle était incapable de garder quoi que ce soit dans l'estomac et était constipée. A la suite de mouvements de l'intestin provoqués par les purgatifs ou les lavements, elle souffrait pendant quatre heures de douleurs atroces.

En l'examinant je trouvai une tumeur proliférante (un cancer trop évidemment) dans le rectum à un pouce du sphincter interne, dans une région où l'ablation et la résection de l'intestin était facile, le sphincter n'étant pas intéressé. L'utérus était distendu par une grossesse de sept mois et demi environ.

Il y avait sur la ligne médiane de l'abdomen une cicatrice de trois pouces de long, résultant d'une opération faite par un éminent gynécologue pour enlever une grossesse extra-utérine quatre mois auparavant ; une grossesse utérine ayant été reconnue, l'opération n'alla pas plus loin.

Que faire ?

D'abord, je crus indiqué d'adoucir les souffrances de cette femme en vidant l'utérus et en interrompant la grossesse ; ensuite, je devais prendre en considération l'intérêt de l'enfant.

Le procédé d'évacuation de l'utérus devait être sérieusement envisagé : par les voies naturelles ou par une laparotomie. Le bassin était bien spacieux et la seule chose à considérer était l'obstruction résultant du siège du cancer.

La masse proliférante était volumineuse, mais on pouvait, je pense, surmonter l'obstacle en appli-

quant le forceps et en attirant la tête sur la tumeur pour l'aplatir.

Par ce moyen, je craignais perdre beaucoup de temps pour l'accouchement, je craignais une hémorrhagie abondante par le rectum après la délivrance, sans compter le choc et les douleurs. J'étais certain que la malade ne survivrait pas à l'accouchement et que c'était une cruauté inutile à lui faire subir. On pouvait recourir à l'anesthésie pour éviter une partie de ces inconvénients, mais, il y avait aussi un grand danger pour la vie de la malade dans une anesthésie prolongée.

D'un autre côté, la laparotomie permettait une délivrance rapide avec le minimum d'hémorrhagie et de schock ; la masse cancéreuse n'était point touchée, il y avait moins de danger de ce côté, l'anesthésie devait être plus courte et on avait la certitude d'avoir un enfant vivant.

L'abdomen fut ouvert sur la ligne médiane, l'utérus ouvert, l'enfant et le placenta extraits, et l'utérus amputé au niveau du col. L'opération fut terminée comme une hystérectomie ordinaire, le pédicule rentré et la plaie abdominale fermée sans drainage.

L'opération dura 15 minutes, la convalescence fut normale ; les douleurs disparurent presque entièrement. L'estomac put garder quelque nourriture. La malade se rétablit, l'enfant vécut.

CHAPITRE V

L'opération césarienne dans la rigidité du col.

A l'heure actuelle, dit M. PINARD, on peut et on doit admettre deux variétés de rigidité du col.

1° *La rigidité pathologique* antérieure à la grossesse causée par une infiltration néoplasique ou par du tissu cicatriciel.

2° *La rigidité par infiltration*, se produisant pendant le travail.

Cette dernière ne dépasse pas les limites du museau de tanche, tandis que la première peut intéresser le segment inférieur de l'utérus. Que devient dans cette division la variété dite rigidité anatomique que l'on trouve encore décrite comme entité spéciale dans les traités classiques? Pour les uns, elle mérite toujours sa personnalité clinique, pour les autres, et ce sont les plus nombreux, elle ne serait qu'une rigidité secondaire par infiltration, induration des éléments histologiques du col consécutives à la rupture prématurée des

membranes, à l'impotence fonctionnelle de l'utérus et souvent à une absence d'accommodation pelvienne.

La conduite à tenir est variable suivant la rigidité qui se présente. Nous n'aurons pas en vue ici la rigidité pathologique par infiltration néoplasique, cancéreuse ou fibromateuse étudiée dans des chapitres spéciaux.

Dans ce groupe nous avons à étudier la *rigidité syphilitique du col* et la *rigidité cicatricielle*, que celle-ci soit consécutive à un accouchement ayant déterminé des lacérations du col ou à des interventions chirurgicales (amputations du col, opération d'EMMET, de SCHROEDER, etc.), ou médicó-chirurgicales (cautérisation). La rigidité syphilitique du col de l'utérus peut être la conséquence ou de l'accident primaire ou des accidents secondaires, ou se manifester à la période tertiaire.

Le chancre syphilitique du col détermine une induration, presque toujours limitée à une partie du col ; l'autre partie restant saine peut suffire à la dilatation et l'accouchement a lieu spontanément ou artificiellement avec ou sans déchirure du col. Toutefois, cette dilatation pourrait ne pas se produire et LE BIGOT envisage, dans sa thèse, l'éventualité de l'opération césarienne dans ces circonstances.

L'induration du col atteint d'accidents secondaires est assez prononcée pour donner des difficultés pendant le travail ; mais c'est surtout la syphilis à la période tertiaire qui, se localisant sur

le col et le segment inférieur, imprime à ces organes une modification anatomo-pathologique spéciale qui les transforme en tissus indurés, très résistants, de consistance fibro-cartilagineuse.

C'est la sclérose spécifique totale du col et du segment inférieur.

Elle amène une dystocie très grave ; l'observation devenue classique de FASOLA en est un exemple typique. Il suffit de rappeler toutes les difficultés éprouvées pour terminer l'accouchement, la mort rapide de la malade pour en conclure qu'en semblable occurrence il est indiqué d'avoir recours à l'opération césarienne.

La *rigidité cicatricielle* ne devient une indication à l'hystérotomie ou à l'hystérectomie que si elle atteint toute la portion vaginale du col et en empêche l'effacement. Si celui-ci est possible, l'accouchement peut en général être terminé par les voies naturelles : si l'orifice utérin résiste aux tentatives de dilatation avec les doigts, les ballons dilateurs, il sera permis d'avoir recours aux incisions telles qu'on les pratique dans les cas suivants.

La *rigidité par infiltration* ne dépasse jamais les limites du museau de tanche ; elle cède presque toujours aux moyens suivants : les injections utérines à 50° sont efficaces dès qu'elle commence à se manifester ; l'eau chaude possède la propriété de réveiller les contractions utérines dont la faiblesse ou l'absence est cause de l'infiltration du col. Cette dernière existant, les mouchetures, les

scarifications et le massage du col réussissent généralement. L'emploi des divers ballons dilateurs se trouve indiqué lorsqu'il est possible de les passer, c'est-à-dire dans les cas où la tête fœtale n'appuie pas directement sur le col. En cette circonstance l'écarteur de TARNIER a rendu des services ; M. PINARD n'en admet pas l'emploi quand l'infiltration est complète et circulaire, car les tissus ne peuvent alors que se déchirer.

En cas d'échec de ces différents moyens, il y a lieu d'intervenir autrement ; il n'est pas permis de pratiquer l'expectation en raison des dangers que court la mère.

L'enfant étant mort, la dilatation étant suffisante, il faut faire la perforation, appliquer l'une des branches du basiotribe et exercer quelques tractions sur la tête.

Sous leur action, la tête, diminuée de volume, s'engage progressivement dans le col, qui finit par se dilater et permettre de terminer l'accouchement.

L'enfant étant vivant, nous avons deux procédés : les *incisions du col*, l'*opération césarienne*.

Le choix dépend de l'état du col.

M. POTOCKI a insisté sur le fait que le col étant effacé, les incisions profondes ne sont pas dangereuses ; elles n'exposent pas plus à l'infection que les déchirures spontanées, elles ne sont pas suivies d'hémorrhagie, elles peuvent se prolonger en hauteur, au moment du passage de la tête, mais elles ne s'agrandissent que d'autant qu'il est nécessaire pour laisser passer l'enfant et le degré ultime

de la solution de continuité du col serait absolument le même si l'accouchement était spontané.

« Lorsque le col étant effacé et la dilatation ayant acquis un diamètre d'au moins deux centimètres, il y aura nécessité à terminer l'accouchement, on sera autorisé à pratiquer sur le col des incisions de deux à trois centimètres de profondeur, et à extraire ensuite l'enfant.

» On fera ces incisions au bistouri ou avec des ciseaux, de préférence sous le contrôle de la vue, d'abord sur les commissures droite et gauche du col, puis en arrière, le moins souvent possible et peu profondément en avant à cause de la vessie. »

Si le col n'est pas effacé, les incisions sont dangereuses ; c'est pourquoi elles sont également contre-indiquées en cas de rigidité cicatricielle intéressant tout le museau de tanche, car alors l'effacement ne peut devenir complet.

Que faire si le col s'est induré sans s'effacer, ou si, par les progrès de l'infiltration sanguine et séreuse, il y a repris sa longueur et se présente sous la forme d'un cylindre étroit et à parois épaisses et rigides ? Dans ces conditions les incisions du col suffisamment étendues pour assurer une dilatation complète sont dangereuses ; il faut y renoncer. Et comme, en dehors d'elles, il n'y a aucun moyen de dilater le col, il faut pratiquer l'opération césarienne.

M. ПОТОCKИ n'a pas trouvé dans la littérature médicale d'observation de rigidité du col, sans altération primitive de cet organe, qui ait néces-

sité l'opération césarienne. Il ne connaît que l'observation de M. DUBUJADOUX, intitulée « Dys-tocie par rigidité du col ; opération de PORRO sept jours après le début du travail. Guérison. »

En parcourant le « fonctionnement de la Clinique BAUDELLOCQUE » de 1900, nous avons trouvé une observation intitulée : « Rupture prématurée des membranes. Rigidité du col. Opération de PORRO par M. VARNIER. Sérum A 30 grammes. Eventration le 8^e jour. Femme morte. » En voici le résumé : B. M. 33 ans, IX pare DR. du 4 au 10 novembre. H. V. 32 centimètres. Arrive à la clinique le 20 juillet, disant avoir perdu de l'eau depuis 4 heures du matin.

À l'entrée, col long ; P. et T. normaux. Trois injections vaginales par jour. Sérum à 20 gr.

23 juillet, 9 heures du matin, T. 38,5 — P. 112.

La femme a souffert toute la nuit sans prévenir et dit avoir eu des frissons le 22 juillet, à 8 heures du soir.

Au toucher, M. VARNIER trouve le col dilatable comme deux francs et au-dessus un orifice dur enserrant la base d'une bosse séro-sanguine modelée dans le col et dont on ne peut dépasser la dite base pour explorer la tête.

Odeur de putréfaction. Liquide sans méconium. Battements du cœur en arrière et à droite. M. VARNIER prescrit l'introduction d'un ballon CHAMPE-TIER d'abord petit modèle ; mais l'orifice profond, dur, résiste : M. PAQUY ne peut introduire le ballon.

M. VARNIER, prévenu, se rend compte de la

résistance ligueuse de l'orifice profond. Il décide d'attendre quelques heures. Lavages à l'aniodol, sulfate de quinine, grand bain d'une heure. P. 112. T. 39,4 ; contractions continuelles. La tête reste très élevée.

Jugeant impossible l'intervention par les voies naturelles, même après réduction du volume de la tête, M. VARNIER pratique l'opération de PORRO.

A quelle variété de rigidité a eu affaire M. VARNIER ? Il nous est difficile de le dire d'après l'observation ; il est noté qu'il y a au-dessus du col un orifice dur, mais son siège n'est pas signalé d'une façon exacte. Nous ne pouvons donc retenir que ce titre : Rigidité du col — Opération de PORRO.

M. QUEIREL a pratiqué, le 7 juin 1901, chez une femme dont le col, devenu dur et œdémateux après trois jours de travail, ne voulait pas se dilater, l'opération de PORRO.

« Dans ces cas, dit-il, où l'orifice externe du col reste éloigné de la présentation et où cette présentation, soit par sa forme, soit par son volume, soit par son inclinaison, soit par interposition du placenta, ne descend pas, ne remplit pas l'excavation, le col restant plus ou moins ouvert, mais s'œdématiànt, se durcissant de plus en plus, dans ces cas qui éveillent l'idée d'une mauvaise adaptation de la partie fœtale et de mauvaises conditions pour favoriser la dilatation, j'opposerai, de propos délibéré, après avoir donné un certain temps à l'expectation, pas trop long cependant, puisque nous savons, par expérience, que non seulement la

vie de l'enfant mais celle de la mère sont en danger, j'opposerai, dis-je, l'opération césarienne conservatrice ou celle de PORRO, dans les cas trop fréquents où l'on craint l'infection. »

La césarienne vaginale, appliquée à l'étranger, surtout en Allemagne pour ces cas de résistance du col à la dilatation, n'a pas encore acquis droit de cité en France.

L'hystérotomie abdominale est préférée ; le fœtus et le placenta extraits, on peut suturer la plaie utérine et conserver l'organe ; mais le plus souvent l'infection existant déjà, ou la crainte de l'infection fait que l'on enlève l'utérus, ou totalement ou partiellement.

L'hystérectomie abdominale totale, plus difficile, d'une technique plus compliquée, cède le pas à l'hystérectomie subtotale avec traitement intrapéritonéal du pédicule et plus souvent encore à l'opération de PORRO classique : la facilité et la rapidité de son exécution la font préférer par nombre d'accoucheurs.

CHAPITRE VI

Les indications de l'opération de Porro dans les cas de putréfaction fœtale intra-utérine

La putréfaction intra-utérine se manifeste au clinicien dans deux circonstances :

1. — Avant l'extraction du fœtus, qui est lui-même putréfié : c'est la putréfaction fœtale intra-utérine, s'accompagnant souvent de physométrie putride.

2. — Après l'expulsion ou l'extraction du fœtus, le placenta étant retenu dans l'utérus et subissant lui-même la putréfaction.

Nous réservons les indications opératoires concernant cette putréfaction placentaire intra-utérine pour le chapitre infection puerpérale.

La putréfaction fœtale intra-utérine comporte un pronostic grave. Dans sa thèse, M. DEFOUILLOY en a réuni 18 observations avec 8 morts, soit 50 %. STAUDE trouva également que 50 % des femmes meurent par physométrie putride.

HOFMEIER n'accuse que 23 % de mortalité après d'abondants lavages intra-utérins.

M. DEMELIN a rassemblé 58 cas de putréfaction fœtale intra-utérine et a relevé 38 fois la mort de la femme, soit 65 % de mortalité.

« Pour serrer de plus près la vérité, dit-il, j'ai
» expurgé ma statistique dans le sens qui pouvait
» lui être le plus contraire, c'est-à-dire que j'ai
» éliminé toutes les observations isolées pour ne
» garder que celles que j'ai pu rencontrer dans les
» statistiques mises à ma disposition de 1890 à
» 1901, aussi bien dans les principales maternités
» parisiennes qu'en ville, je suis arrivé ainsi au
» total de 23 observations de putréfaction fœtale
» intra-utérine avec 10 femmes mortes, soit 43 %.
» Pour expurger davantage encore, j'élimine de
» ces 23 faits 3 cas de mort survenue après rupture
» utérine (deux fois) et l'opération de PORRO,
» (1 cas), la complication ou l'intervention pouvant
» être rendues responsables du décès au lieu de la
» putréfaction fœtale.

» Restent en fin de compte 20 cas de putréfac-
» tion fœtale intra-utérine avec 7 morts, soit
» 35 % »

Cette mortalité effrayante s'explique d'une part par la généralisation rapide de l'infection et d'autre part par les manœuvres opératoires difficiles, laborieuses, de longue durée, que l'on se trouve souvent obligé de faire subir à la femme, lorsqu'on veut la délivrer par les voies naturelles.

Les difficultés opératoires existent à leur maxi-

mum lorsque la putréfaction fœtale se complique, comme c'est souvent le cas, d'une cause de dystocie, venant ajouter son influence néfaste à la putréfaction elle-même.

Les interventions longues et pénibles déterminent des phénomènes de choc, auxquels s'ajoutent souvent des hémorrhagies qui ont toujours un fâcheux retentissement sur un organisme déjà affaibli.

Et l'on connaît la fréquence des pertes sanguines dans ces utérus dont les fibres musculaires sont stupéfiées par la présence de gaz toxiques.

En admettant même que l'accouchement ait été relativement facile, que l'on ait su éviter toute perte de sang sérieuse, la vie sauve de la femme n'est rien moins qu'assurée. C'est ce que nous prouvent les statistiques.

L'infection continue après l'accouchement; quelquefois les curettages, les injections intra-utérines iodées, les pansements intra-utérins s'opposent à la progression des accidents, mais d'autres fois aussi la maladie évolue et la femme succombe.

On peut donc se demander si l'on a bien enlevé tout le foyer infectieux; le fœtus, le placenta, les membranes, tout est extrait, la curette complète au besoin le nettoyage et enlève même des restes de caduque avec une grande quantité de microorganismes, mais il peut se faire que toute la paroi utérine soit déjà infiltrée de microorganismes qui vont continuer leur multiplication et la sécrétion des toxines, qui se déverseront continuellement

dans la circulation et infecteront toute l'économie.

Par l'opération de PORRO, on enlève la plus grande partie du foyer d'infection ; le moignon cervical restant est facilement stérilisable par les cautérisations et pansements vaginaux. La femme ne doit plus lutter que contre l'intoxication générale préexistante. On lui aidera par les moyens habituels : toniques, antiseptiques internes, injections de sérum artificiel.

Est-ce à dire que cette méthode doive sauver toutes les malades ? Plusieurs opérateurs ont vu leurs opérées succomber. Nous devons ajouter qu'ils se trouvaient, en outre de la putréfaction, en présence de tumeurs obstruant l'excavation dont la nature imprimait à l'opération un plus grand cachet de gravité. Ensuite, l'amputation de l'utérus a quelquefois été faite *in extremis* : tel le cas rapporté par M. HERGOTT : il y avait déjà de la péritonite généralisée.

Traiter tous les cas de putréfaction fœtale intra-utérine par l'amputation utéro-ovarique serait sans doute abusif, en raison de la stérilité consécutive. C'est pourquoi nous ne voulons pas en faire une méthode thérapeutique générale.

Pouvons-nous, à l'heure actuelle, préciser davantage les indications cliniques de l'amputation utéro-ovarique en cas de putréfaction fœtale intra-utérine ? Nous manquons de signes précis pour trancher la question.

Cependant, en interrogeant minutieusement les principaux symptômes, degré de physométrie,

température, pouls, état du péritoine, état général de la femme, on arrive à avoir des renseignements très précieux, qui ne feront qu'acquérir plus de valeur, à mesure que le nombre d'observations prises avec exactitude et précision se fera plus considérable.

C'est ainsi que, laissant de côté les cas où un obstacle quelconque s'oppose à l'accouchement par les voies naturelles, on peut faire trois catégories en ce qui concerne la seule putréfaction intra-utérine.

1. — Cas légers, pour lesquels les méthodes opératoires ordinaires suffisent.

2. — Cas graves, putréfaction et physométrie, passibles de l'opération de PORRO avec de grandes chances de succès.

3. — Cas désespérés, dans lesquels la mort est inévitable quoi qu'on fasse.

Parmi les observations que nous avons personnellement relatées, il en est une qui a trait à un cas de putréfaction fœtale intra-utérine. L'amputation utéro-ovarique n'a pas été pratiquée uniquement en raison du symptôme putréfaction et physométrie. Nous avons eu la main forcée par la contraction spasmodique de l'anneau de contraction, qui rendait impossible l'accès de la cavité utérine par les voies naturelles. Il s'agissait en plus d'une présentation de l'épaule.

Il est probable, pour ne pas dire certain, que si l'on avait pu pénétrer facilement dans l'utérus on eût terminé l'accouchement par les voies ordinaires après embryotomie cervicale.

Il est difficile de dire si la malade eût guéri malgré son état d'infection utérine. Il est certain qu'elle ne pouvait avoir de meilleures suites de couches que celles qui ont suivi l'opération de PORRO.

Si nous n'envisageons que le symptôme putréfaction, nous trouvons un nouveau succès à l'actif du PORRO dans une observation récente de M. FERRÉ, de Pau. L'auteur fut amené à l'amputation utéro-ovarique par une tumeur fibreuse obstruant l'excavation ; il eut également la main forcée par cet obstacle et l'indication provenant de la putréfaction intra-utérine n'était que secondaire. La malade guérit, et M. FERRÉ conclut :

« Cette fois encore, l'opération a bien répondu aux indications qui étaient les suivantes :

« 1. — Evacuer le produit de conception.

« 2. — Supprimer le foyer infectieux.

« 3. — Eviter la contamination du péritoine par le pédicule. »

La putréfaction fœtale intra-utérine est donc bien à elle seule une indication à l'opération de PORRO.

Il importe de ne point confondre cette putréfaction avec l'infection amniotique, que l'on rencontre si souvent, et qui cède parfaitement aux injections intra-utérines faites immédiatement après l'accouchement.

Si nous insistons sur la distinction à établir entre ces deux états, c'est que la confusion est possible. Nous n'en voulons pour preuve que

l'observation de M. DUBUJADOUX, communiquée à la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pœdiatrie par M. POTOCKI.

La malade avait une température rectale de 38°5 ; pouls 132, langue un peu sèche, facies fatigué, mais pas de vomissements, pas de hoquet, pas de sensibilité du ventre. Un frisson, avec claquements de dents, éclate.

« Nous voilà, dit M. DUBUJADOUX, auprès d'une femme en travail depuis sept jours ; le fœtus est mort, l'utérus est infecté ; des menaces précises d'infection générale ont éclaté déjà, et l'obstacle à l'accouchement vient de la rigidité du col. »

L'opération de PORRO est décidée et pratiquée ; la malade guérit.

Dans les réflexions que lui suggère cette observation, M. POTOCKI déclare ceci :

« M. DUBUJADOUX trouve une indication de » l'opération césarienne dans l'infection commen-
» çante. Ici, je crois bien que l'expression a » dépassé la pensée de notre confrère, et qu'il a » voulu simplement entendre qu'étant donnée par » ailleurs une indication formelle d'opération » césarienne, l'amputation de l'utérus consécutive » ne pouvait avoir que des avantages, en ce sens » que si l'infection qu'il pressentait avait dû se » produire plus tard, elle serait évitée par le » traitement radical, préventif de l'infection, à » savoir, l'extirpation du corps de l'utérus, siège » principal de l'infection. »

« Quant à moi, je ne saurais souscrire à cette

indication ainsi posée, et je ne crois pas qu'on soit autorisé à pratiquer l'amputation utéro-ovarienne sous la seule indication d'une infection qui peut devenir grave par la suite. Combien d'opérations césariennes ne serions-nous pas alors appelés à pratiquer dans les services hospitaliers, où on nous envoie à chaque instant des femmes en travail depuis des journées entières, chez lesquelles on a déjà fait en ville de multiples tentatives de forceps, ou de version, et qui nous arrivent avec tous les signes de surmenage simulant le début d'une infection puerpérale. Or, la plupart du temps tous les accidents disparaissent quelques heures après la délivrance. Quelquefois, il est vrai, la fièvre persiste, mais nous n'intervenons jamais qu'au fur et à mesure que des indications nettes se produisent par les injections antiseptiques, le curettage répété au besoin. •

Rares, en somme, sont les cas dans lesquels les accidents septiques continuent à évoluer, où l'infection s'installe dans l'utérus et le péritoine, et où la mort survient. Mais, je le répète, en dehors de ces cas exceptionnels, et dont il n'est pas possible de pressentir la gravité au moment du travail, la plupart des femmes guérissent ; il eût donc été au moins inutile d'enlever l'utérus en admettant même que cette opération n'eût par elle-même ni gravité, ni inconvénients.

Je veux dire qu'on ne saurait considérer des signes incertains d'infection pendant le travail comme suffisants pour autoriser une amputation

partielle ou totale de l'utérus pratiquée immédiatement. »

Nous sommes complètement de l'avis de M. POTOCKI, car dans l'observation de M. DUBUJADOUX, il n'est nullement question de putréfaction fœtale.

Mais, si celle-ci existe, l'infection n'est pas douteuse et « autant je serai porté, dit M. VARNIER, à tenter l'opération de PORRO dans certains cas de putréfaction fœtale, en me rémemorant la mortalité maternelle considérable qui suit, en pareille occurrence, les opérations par les voies naturelles, autant je suis opposé à pareille pratique pour la banale « infection de l'œuf ». En présence des résultats désastreux accusés par MM. VARNIER et DEMELIN, il nous semble que l'opération de PORRO doit être tentée dans les cas de putréfaction fœtale intra-utérine nettement confirmée, surtout s'il existe quelque cause de dystocie, ce qui est fréquent, devant nécessiter des manœuvres opératoires de quelque durée. C'est ainsi que RIEDINGER a obtenu un succès dans un cas de fœtus mort et volumineux qu'il ne put extraire avec le cranioclaste.

CHAPITRE VII

De l'hystérectomie dans le cancer du col de l'utérus pendant la grossesse et l'accouchement

Une femme atteinte de cancer du col de l'utérus devient enceinte. Quelle conduite tenir ?

Pendant la grossesse

Il convient tout d'abord de distinguer deux cas :

- 1^o Le cancer n'est pas opérable ;
- 2^o Il est opérable.

Dans la première catégorie de faits, le cancer ayant envahi les tissus voisins et rendu l'hystérectomie totale impossible, on laisse évoluer la grossesse en se réservant d'intervenir en cas d'urgence (SOLOWIG).

Quand le cancer est étendu, diffus, nettement inopérable, c'est à l'accoucheur qu'incombe la responsabilité de la conduite à tenir : A lui de

surveiller les accidents au cours de la grossesse et de remédier à ceux de l'accouchement ou de l'avortement (LEGUEU).

Sur ce point, tout le monde est d'accord. La mère étant irrémédiablement perdue, on doit diriger tous ses efforts pour amener la grossesse à terme, ou aussi près que possible du terme de façon à donner au fœtus le maximum de chances de survie.

L'abstention de toute intervention chirurgicale est de règle : contre les hémorrhagies, nous prescrivons les injections chaudes à 50°, les injections d'eau oxygénée, le tamponnement vaginal. L'état général de la malade sera l'objet d'un traitement approprié.

En cas de cancer opérable, il y a divergence dans les opinions. Les uns conseillent l'interruption de la grossesse, les autres sont partisans de l'expectation tant qu'il n'y a pas urgence.

L'avortement provoqué dans l'espoir d'enrayer la marche du cancer chez la mère sacrifie de parti pris le fœtus. Les quelques faits connus n'ont donné que des déceptions ; la marche de la maladie n'a nullement été enrayée sans compter en outre les difficultés et les accidents de cet avortement. Avec l'accouchement prématuré, le danger pour la mère est presque aussi grand qu'à terme ; quant à l'enfant, même dans les cas où il naît facilement, il est faible, chétif et peu en état de se développer régulièrement.

L'interruption de la grossesse ne peut à la

rigueur être conseillée que comme temps préparatoire à l'hystérectomie vaginale, dans le but de diminuer le volume de l'organe.

Et en effet, l'hystérectomie, par la voie vaginale pour les uns, par la voie abdominale pour les autres, a été conseillée et l'est encore à l'heure actuelle, dans le but de soustraire la femme à l'influence néfaste de la grossesse sur l'évolution du cancer.

Les interventionnistes craignent que la continuation de la grossesse ne rende bientôt le cancer inopérable, et ils escomptent les chances de survie que procure l'hystérectomie totale.

M. Pozzi distingue deux périodes dans la grossesse :

1^o Celle où il est difficile de reconnaître sûrement une grossesse ; il croit que cette difficulté existe avant le quatrième mois ; à cette époque, le fœtus a pour lui peu de chances, sa vie ne vaut pas cher, et si on attend, les lésions peuvent prendre un caractère galopant, ou la femme risque de mourir d'infection ou de cachexie septique. Dans ce cas, les deux existences seraient sacrifiées, et M. Pozzi croit qu'il faut agir dès qu'on le peut.

2^o Si la femme a atteint la deuxième moitié de la grossesse on peut distinguer, suivant que la femme supporte mal ses lésions et menace de mourir : dans ce dernier cas, il faut opérer. Mais si elle les supporte bien ou assez bien, le fœtus a plus de chances, son développement peut se faire

normalement et il faut alors tout lui sacrifier. Donc, pour peu que la femme tolère son cancer, sans accidents graves, il faut attendre jusqu'à ce que le fœtus soit viable, c'est-à-dire au huitième mois.

En résumé, quand l'enfant a peu de chances, c'est-à-dire au début de la grossesse, il faut mettre au premier plan la survie de la mère, sinon sa guérison; et cette survie est importante quoi qu'on dise. Mais quand la viabilité de l'enfant peut être atteinte il faut l'attendre et agir par l'opération césarienne et l'hystérectomie abdominale totale.

M. LEGUEU conseille l'intervention dans les trois premiers mois; la grossesse est trop loin du terme pour que le fœtus ait chance d'arriver sans encombre au terme de sa viabilité.

L'avortement est souvent la conséquence du cancer, dans 40 % des cas et même dans les 2/3 des cas pour HERMANN.

En admettant même, avec MM. BAR et PINARD, que les grossesses vont à terme dans les 2/3 des cas pendant toute cette période, le cancer subira une extension telle que, opérable dans les premiers mois, il cessera de l'être au bout de 5 à 7 mois. Il n'y a donc aucun avantage à attendre et M. LEGUEU partage l'absolutisme de MACKENRODT: quel que soit l'âge de la grossesse il faut procéder à l'extirpation totale de l'utérus. L'hystérectomie pendant les premiers mois est donc indiquée dès que le diagnostic est établi.

Si la grossesse a dépassé le quatrième mois,

M. LEGUEU attend, pour opérer, que le fœtus soit viable, c'est-à dire vers le huitième mois.

Il appuie sa manière de voir sur les bons résultats de l'hystérectomie précédée d'opération césarienne à cette époque de grossesse. Au contraire, attendre le moment du travail serait exposer la mère à de graves dangers ainsi que semblent le démontrer quelques observations.

L'hystérectomie, dit M. SEGOND, quand elle est bien indiquée, peut donner des survies assez longues pour donner l'illusion de la guérison. Par conséquent rien de plus naturel encore que malgré l'existence d'une grossesse probable ou même certaine, je devienne interventionniste avec MM. Pozzi et LEGUEU, lorsque le cancer se présente dans les conditions de limitation voulue.

Pour préciser les choses, je dirai volontiers que dans les deux premiers mois de la grossesse, en particulier quand le cancer est assez petit, et surtout assez localisé pour laisser l'espoir d'une survie sérieuse et même d'une guérison, il faut opter pour l'hystérectomie immédiate.

Plus tardivement, tout ce qui se rapprochera de l'accouchement prématuré doit être rejeté.

MERTTENS, dans les cas opérables, c'est-à-dire au cours des quatre premiers mois de la grossesse, a recours à l'hystérectomie vaginale totale sans évacuation préalable de l'utérus gravide.

D'après SOLOWIG, la mortalité des femmes enceintes atteintes de cancer du col s'est abaissée dans ces dernières années, grâce à la conduite

adoptée par la majorité des chirurgiens, qui consiste dans l'extirpation totale de l'utérus, quelle que soit l'époque de la grossesse.

Différents procédés opératoires peuvent être employés ; jusqu'au quatrième mois, on peut avoir recours à l'hystérectomie vaginale. A une époque plus tardive on peut faire :

1^o Opération de FREUND, qu'il serait plus juste d'appeler opération de SCHROEDER, qui la pratiqua neuf ans plus tôt ; opération césarienne et hystérectomie par la voie abdominale. C'est la méthode suivie en France d'une façon générale.

2^o Opération de OLSHAUSEN. Opération césarienne, suture provisoire de l'utérus, suture de l'abdomen, extirpation de l'utérus par le vagin.

3^o Opération de ZWEIFEL : césarienne suivie d'amputation sus-vaginale de l'utérus, de suture des parois abdominales et de l'extirpation du col utérin par la voie vaginale.

4^o Procédé de DÜHRSEN : opération césarienne et hystérectomie totale par la voie vaginale.

SCHAEFFER envisage le traitement de l'utérus en lui-même, abstraction faite de la grossesse. Voici les indications de ce traitement :

1^o Dans la première moitié de la grossesse, il faut pratiquer immédiatement l'hystérectomie vaginale totale.

2^o Quand la grossesse est plus avancée, mais que le fœtus n'est pas encore viable, il convient encore d'enlever l'utérus ; pour ce faire, après avoir rompu les membranes, on procédera à l'extraction

de l'œuf, en ayant recours au besoin à une incision du col et de la paroi utérine antérieure. (PFANNESTIEL et BECKMANN) et immédiatement après on pratiquera l'hystérectomie vaginale totale.

3° A partir de la trente-deuxième semaine, on fera l'opération césarienne si le canal cervical ne peut être suffisamment dilaté par des incisions profondes pour laisser passer le fœtus. L'opération césarienne sera suivie de l'hystérectomie supravaginale de l'utérus, et de l'extirpation, par le vagin, du col.

Si ce col peut être suffisamment ouvert par les incisions profondes et en particulier par une longue incision portant sur la paroi antérieure de l'utérus, on procèdera à l'extraction du fœtus par les voies naturelles et on terminera par l'hystérectomie vaginale.

4° Quand le cancer est inopérable, il faut se contenter de prolonger le plus possible les jours de la mère afin que la grossesse aille à terme et que l'enfant puisse être extrait vivant.

Voici l'opinion de BROOKS H. WELLS :

Au début du cancer, la fécondation se voit fréquemment et la grossesse va à terme dans les deux tiers des cas. Le cancer se développe très vite et la cachexie survient rapidement. Quelques femmes meurent, avant le terme, d'épuisement ou d'infection. Si elles avortent, il y a augmentation des risques de septicémie et d'hémorrhagies. Si le travail se fait à terme, plus de 30 % succombent si l'accouchement est spontané, beaucoup par rupture

de l'utérus, tandis qu'environ 50 % meurent si on a recours au forceps, à la version, à la craniotomie qui augmentent le traumatisme, le schock consécutif, les hémorragies et l'infection ; environ 40 % des enfants sont mort-nés, et presque tous sont de faible vitalité. En présence d'un cancer du col, il est habituellement impossible de certifier la grossesse avant la fin du troisième mois. Ici on ne doit tenir aucun compte de l'enfant, car l'indication opératoire est encore plus urgente qu'en dehors de la grossesse. L'utérus, encore petit, et la partie supérieure du vagin doivent être enlevés par l'hystérectomie vaginale ou par l'opération de WERDER.

Quand les conditions sont favorables, l'opération par le vagin est la meilleure. Quand la maladie est plus avancée ou que le col de l'utérus est plus gros, on s'adresse à l'opération de WERDER : « Ligature des artères utéro-ovariennes et utérines, au moyen d'une incision abdominale ; libération de l'utérus d'avec la vessie et les ligaments larges, sans couper la paroi vaginale. Libération du vagin, de ses attaches par dissection lente aussi bas qu'on le juge ; extraction de l'utérus que l'on tire par en bas à travers la vulve à l'aide d'une pince fixée sur le col. Réunion du péritoine au-dessus du fond, fermeture de la paroi abdominale ; achèvement de l'opération par ablation de l'utérus après section du vagin inversé au point choisi. Si l'utérus est trop gros pour passer facilement à travers le vagin, on peut faire l'amputation supra-vaginale, afin de diminuer son volume, avant d'enlever par en bas

le col et le vagin. C'est la méthode idéale qui permet d'éviter toute contamination de la cavité péritonéale et de toute surface cruentée par les produits septiques ou cancéreux.

Quant on fait le diagnostic du quatrième ou cinquième mois, l'hystérectomie combinée faite immédiatement est encore le procédé de choix.

Pendant le sixième mois et plus tard, la viabilité de l'enfant doit être prise en considération et la question se pose d'attendre à ce qu'elle soit assurée.

Quant l'enfant est viable, on doit provoquer l'accouchement, faire l'hystérectomie ou l'opération césarienne, et l'ablation de l'utérus par le vagin.

Quant on voit le cas pour la première fois à terme, on peut trouver le cancer à une période de début telle que le diagnostic est incertain. A cette époque il n'empêche pas la dilatation du col, mais prédispose aux déchirures. Quand l'affection est plus avancée, mais encore limitée à une seule lèvre, on peut l'enlever, aider la dilatation par des incisions multiples et rompre les membranes de façon à ce que la pression de la tête aide à l'arrêt de l'hémorrhagie qui, dans ce cas, n'est pas alarmante.

Si le col est très envahi ou que la masse cancéreuse est volumineuse, la section césarienne et l'ablation immédiate de l'utérus et du vagin est indiquée.

Dans ces conditions, la craniotomie sur l'enfant n'est pas justifiée, puisque la mère est fatalement condamnée et les déchirures et contusions d'un

accouchement forcé hâteraient probablement sa mort, plus que la section abdominale.

Quand le cancer intéresse la vulve, le vagin ou le rectum, il faut enlever les masses si elles sont petites, et faire l'accouchement par le vagin, mais si l'affection est avancée, c'est l'incision abdominale, qui donne les meilleurs résultats.

M. MAYGRIER pose de la façon suivante les indications de l'intervention ou de l'abstention pendant la grossesse :

« Au cas où le cancer est inopérable, on se bornera au traitement palliatif, on attendra la terminaison naturelle de la grossesse. . .

» Lorsque le cancer est opérable, c'est-à-dire quand il est bien limité, quand il n'existe pas de généralisation, quand l'état général est satisfaisant, une intervention radicale est justifiable, car elle peut amener la guérison, ou tout au moins prolonger notablement les jours de la mère, tandis que la continuation de la grossesse ne peut lui être que funeste.

» Au début de la gestation, l'hystérectomie vaginale donna des résultats extrêmement favorables (THEILHABER, dix guérisons sur dix cas; BECKMANN, dix-sept observations avec dix-sept guérisons).

» Au delà du quatrième mois, l'intervention est plus discutable. Mieux vaut attendre que l'enfant soit viable.

» Si le néoplasme est limité, si en un mot le cas est chirurgicalement opérable, tout le monde

aujourd'hui ou à peu près est d'accord pour conseiller l'hystérectomie totale, afin de donner à la femme le plus de chances de survie.

» A n'importe quel âge de grossesse, il faut enlever l'utérus, sans l'ouvrir préalablement, s'il est petit, ou, au contraire, en faisant d'abord une opération césarienne, si l'enfant est suffisamment développé pour gêner l'extirpation, ou surtout pour survivre. Il faut opérer par le ventre.

» Si la lésion est inopérable, il faut tout faire pour sauvegarder le produit de la conception.

» A terme ou près du terme, si on craint les déchirures du col, il faudra faire l'opération césarienne ; et si la femme est en état de supporter une intervention plus complète, on profitera de l'incision abdominale pour faire l'amputation utéro-ovarique de PORRO. » (DEMELIN).

A côté des interventionnistes, il y a les partisans de l'expectation.

Dans la traduction française du livre de SCHAEFFER, M. POTOCKI considère comme discutable la question de l'intervention opératoire au profit de la femme dans un cas de cancer du col sur lequel se greffe une grossesse. L'enfant, on n'en tient pas compte, dit-il, c'est entendu, mais qu'advient-il de la mère ? Tire-t-elle un réel bénéfice d'une opération grave et du sacrifice de son enfant ? Si elle survivait toujours à l'opération, et si la récurrence de son cancer ne se produisait que tardivement, il n'y aurait pas d'hésitation possible, et la conduite de SCHAEFFER serait indiscutablement la meilleure.

Malheureusement, il est loin d'en être ainsi. D'une part, en effet, nombre de femmes succombent à l'intervention opératoire dirigée contre le néoplasme, et d'autre part le cancer récidive très vite, de sorte que le bénéfice pour la femme en est négatif, ou est de bien courte durée.

Je crois donc que l'enfant a, en l'espèce, plus de valeur que sa mère, et qu'il faut tout faire pour avoir un enfant vivant. Il n'est pas certain du tout que celui-ci naisse chétif ; en tout cas il n'est que candidat très éloigné au cancer alors que sa mère a déjà en réalité et quoi qu'on dise un pied dans la tombe.

Il est donc préférable, à mon avis, de laisser la grossesse aller à terme, en mettant la malade dans de bonnes conditions hygiéniques.

Je crois, dit M. BOUILLY, qu'il faut se laisser guider par ce principe : une femme enceinte qui a un cancer de l'utérus est perdue, quelle que soit la conduite tenue. Donc, je ne vois pas avantage à supprimer une grossesse puisque la femme est forcément sacrifiée. Plus on va et plus on a de chances de continuation de la grossesse. Il n'y a qu'un des facteurs qui soit intéressant, c'est l'enfant. Tout doit lui être sacrifié, à quelque période que ce soit. La conduite à tenir se résume dans l'abandon de la mère en la faveur de l'enfant.

Tout en admettant que nombre de cancers évoluent rapidement pendant la grossesse, M. PINARD proteste contre cette assertion que toute femme atteinte de cancer de l'utérus est vouée à une mort

très prochaine parce qu'elle est enceinte. Il y a dans la littérature obstétricale plus de quinze observations de femmes ayant eu plusieurs grossesses dans un utérus cancéreux.

L'avortement n'est pas aussi fréquent qu'on veut bien le dire, et la grossesse évolue souvent jusqu'à terme ou près du terme chez les femmes ayant un cancer non soumis à aucun traitement chirurgical. Sur 11 cas, 10 fois la grossesse a été à terme ou près du terme.

Chez les cancéreuses, comme chez les tuberculeuses, quelle que soit la gravité des lésions, les toxines, si toxines il y a, ne tuent pas fatalement le produit de conception et ne l'empêchent pas de se développer. C'est là une notion dont la valeur ne saurait être trop mise en relief à propos de la conduite à tenir chez la femme enceinte atteinte de cancer de l'utérus.

M. PINARD cite une observation dans laquelle l'enfant pesait 4,100 grammes. L'enfant de la femme que nous avons opérée et qui mourait de cachexie cancéreuse, pesait 4.000 grammes. *L'enfant doit donc être pris en sérieuse considération* ; il faut lui laisser le maximum de chances de survie en n'intervenant qu'au moment du travail. Devancer le terme expose à des déceptions provenant de la difficulté qui existe à connaître exactement l'âge d'une grossesse. C'est ainsi que M. LEGUEU, croyant opérer au 8^e mois et extraire un fœtus bien viable, eut un enfant pesant 1750 grammes, qui ne tarda pas à succomber.

Est-ce à dire qu'il faille absolument rester inactif en présence de ce cancer ? Les injections chaudes à 50°, le tamponnement seront employés contre les hémorrhagies ; l'eau oxygénée, les solutions à la liqueur de LABARRAQUE, à l'aniodol, combattront les sécrétions plus ou moins fétides ; contre la douleur, on usera des injections de morphine.

Au cours de cette même discussion qui a le mérite d'avoir mis au point cette question de l'intervention ou de la non intervention dans les cas de cancer du col, compliquant la grossesse, M. CHAMPETIER DE RIBES a également formulé son opinion : « A partir du jour où une cancéreuse est enceinte, nous ne nous occuperons plus de son cancer que dans l'intérêt de sa grossesse et de l'enfant qu'elle porte. Tous nos efforts tendront à ce but, amener l'enfant à terme, ou le plus près possible du terme, dans les meilleures conditions possibles. Nous pouvons être entraînés par la marche du cancer, surtout par les hémorrhagies et la cachexie, à intervenir avant le terme, c'est-à-dire avant le début du travail, mais ce sera toujours à regret, l'idée que nous poursuivrons invariablement étant d'attendre le début du travail. »

La vie de la mère est compromise à brève échéance, disent GAULARD et BUÉ, pourquoi ne pas tenter par tous les moyens de préserver celle de l'enfant ? Il est bien difficile de reconnaître si un cancer est encore opérable ou non, si le mal est strictement limité à la matrice,

Pour être autorisé à pratiquer l'hystérectomie pendant la grossesse, avant la viabilité réelle du fœtus, il faudra être certain d'une survie de la mère, capable de justifier cette opération.

Pour nous renseigner adressons-nous aux statistiques.

De la survie après hystérectomie

En 1887, MARTIN arrivait à une mortalité de 15 % pour l'hystérectomie vaginale, elle s'abaisse avec KALTENBACH, en 1889, à 4 %.

Actuellement, d'après LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU, la mortalité oscille entre 6 et 12 %.

Voilà pour les résultats immédiats. Quelles sont les conséquences éloignées ?

PFANNESTIEL donne les chiffres suivants :

Sur 120 cas opérés par FRITSCH, à la clinique de l'Université de Breslau, on note :

Absence de récurrence au bout de 3 ans 28 cas sur 77

»	»	»	4	»	21	»	60
»	»	»	5	»	17	»	47
»	»	»	6	»	15	»	39
»	»	»	7	»	8	»	20
»	»	»	8	»	2	»	7

Sur 105 cas qui lui sont personnels, PFANNESTIEL a observé 6 guérisons au bout de 6 ans, 5 au bout de 7 ans, 4 après 8 ans, 2 après 10 ans, 1 au bout de 13 ans.

De semblables succès, si on en était toujours certain, autoriseraient à intervenir chez la femme enceinte aussitôt le diagnostic posé. Mais toutes les statistiques ne sont pas aussi heureuses ; sur 28 malades de M. RICHELOR, 11 ont récidivé, dans un espace de temps qui a varié de 4 mois à 5 ans.

TERRIER, SEGOND, BOUILLY, ont obtenu des survies de plusieurs années, ce qui n'empêche pas TERRIER et HARTMANN d'évaluer la proportion des récidives à 70 %.

En compulsant les statistiques de Pozzi, de QUÉNU, de RICARD, de ROUTIER, de SCHWARTZ, de LEGUEU, on voit que la récidive suit, dans un grand nombre de cas, l'opération de très près, et que les malades ne retirent de l'opération qu'un bénéfice médiocre. Dans certains cas même, la marche de la maladie semble activée par l'acte opératoire, comme si les portes ouvertes à la diffusion devenaient plus faciles et la dissémination plus rapide.

Ces résultats et ces considérations, que nous trouvons dans le livre de MM. LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU, donnent à réfléchir sur les avantages de l'hystérectomie vaginale.

La voie abdominale donne-t-elle de meilleurs résultats ? M. BELLOEUF dans sa thèse, donne une statistique de 454 cas d'hystérectomie abdominale, avec 127 décès opératoires, soit une mortalité immédiate de 27.97 %.

L'auteur fait remarquer que cette statistique comprend des cas anciens, des cas de pis-aller dans lesquels l'opération abdominale a été prati-

quée comme dernière ressource. Les cas les plus récents donnent un pourcentage meilleur (REYNIER 20 % en 1899) dans les cas de cancers limités, JACOBS accuse 8 % de mortalité ; MONTPROFIT 5,66 %, etc., etc. En résumé, la mortalité moyenne de l'hystérectomie vaginale est de 4,50 à 8,8 % ; celle de l'hystérectomie abdominale est de 5,35 à 8 %.

Avec les progrès dont la voie abdominale est encore susceptible, sa mortalité doit tendre plutôt à devenir inférieure à celle de la vaginale.

Quant aux résultats éloignés, il est encore trop tôt pour formuler des conclusions fermes sur la valeur de l'hystérectomie totale, les observations étant peu nombreuses et trop récentes et surtout les indications n'étant pas établies de façon définie.

Une statistique de JACOBS, portant sur 50 hystérectomies abdominales totales, avec évidemment pelvien, avec 4 décès opératoires, donne 16 morts par récurrence locale de 2 à 25 mois après l'opération, 12 malades en vie, mais en puissance de récurrence, huit sans traces de récurrence, mais trois avec un mauvais état général.

Une opérée de LEGUEU, au 8^e mois de la grossesse, avait une récurrence locale 6 mois plus tard ; une opérée de DELANGLADE survécut seize mois, une autre neuf mois et demi.

La première avait subi l'hystérectomie vaginale au 4^e mois d'une grossesse méconnue ; la seconde avait subi l'opération césarienne, suivie d'hystérectomie totale au début du travail.

Nous pourrions enfin citer d'autres observations analogues.

De tous ces documents peut-on tirer une conclusion ferme. Est-il prouvé, dit M. PINARD, qu'une femme opérée au 3^e mois de la grossesse survive plus longtemps que celle qui ne l'est pas ? C'est douteux.

Il est en effet bien difficile de résoudre catégoriquement la question suivante : en présence d'une femme, enceinte ou non, atteinte de cancer du col, a-t-on des signes cliniques suffisants qui permettent d'affirmer que le cancer est limité et par suite opérable, avec des chances sérieuses de survie ? L'examen clinique est souvent impuissant à faire reconnaître l'étendue exacte des lésions, plus particulièrement au début de l'envahissement des tissus voisins et de la propagation aux ligaments larges.

La propagation aux ganglions, qui seraient trouvés historiquement carcinomateux une à deux fois sur 3 cas de cancer utérin au début, est difficile à reconnaître cliniquement.

Avec de semblables données, on comprend parfaitement pourquoi beaucoup d'accoucheurs se refusent à toute opération pendant la grossesse. Si l'on risque de la faire incomplète, mieux vaut, en effet, s'abstenir et faire en sorte de sauver l'existence la moins compromise, celle du fœtus, en laissant évoluer la grossesse.

Pendant le travail

Au moment du travail, comment doit-on se comporter ? Attendre ou intervenir de suite ?

S'en remettre à la terminaison spontanée de l'accouchement expose l'enfant à tous les dangers d'un travail prolongé, si la dilatation du col ne se fait pas.

Dangers de l'accouchement prolongé

Sous la pression de la partie fœtale, sous l'influence des tiraillements subis par le col, au moment des contractions, l'on voit se faire, sur le pourtour de ce col, des fissures, des déchirures, plus ou moins profondes, qui deviennent l'origine d'hémorragies épouvantables, qui peuvent se propager à la vessie, au rectum et déterminer ainsi de graves délabrements. Ces accidents peuvent emporter la mère, à moins qu'elle ne succombe à une rupture utérine, à l'épuisement, à l'infection.

Pour toutes ces raisons, pour peu que la dilatation tarde à se faire, l'expectation, même peu prolongée, est à rejeter complètement. Le devoir du médecin est d'intervenir, dans l'intérêt de la mère et de l'enfant.

Danger des interventions par la voie vaginale.

Les interventions par la voie vaginale, dilatation artificielle du col, incisions profondes, version, forceps, sont dangereuses pour la mère; elles expo-

sent à des hémorrhagies, à des ruptures du col, du segment inférieur, du vagin. Elles peuvent enfin être insuffisantes pour permettre l'extraction de l'enfant qui succombe pendant les manœuvres opératoires.

Supériorité de la laparotomie et de l'hystérectomie

C'est pourquoi, la meilleure, la seule façon d'agir est de faire la laparotomie et l'hystérotomie. C'est par la voie abdominale que la mère et surtout l'enfant, dont l'existence est la plus précieuse, courent un minimum de dangers.

L'enfant et le placenta, au besoin, extraits, comment doit-on traiter l'utérus ?

En cas de cancer opérable, nettement limité à l'utérus, MM. POZZI, LEGUEU, LEPAGE, sont partisans de l'hystérectomie abdominale totale.

L'utérus devra toujours être extirpé en entier pour peu que cette opération puisse être faite sans d'autres grands délabrements.

L'extirpation totale est contre-indiquée, quand les tissus sont tellement mauvais qu'on ne peut tout enlever sans risquer la vie de la malade du fait de l'opération (POZZI, FEHLING, MACKENRODT, MANGIAGALLI emploient pendant la grossesse des procédés d'ablation abdomino-vaginale ; les heureux résultats qu'ils obtiennent pendant la grossesse, dit M. MAYGRIER, sont garants des succès qu'on pourrait avoir en agissant de même chez la parturiente).

M. BOUILLY se contente, à terme, de l'opération la plus simple qui soit ; accouchement naturel, si possible, sinon opération césarienne typique.

Que le cancer soit opérable ou inopérable, beaucoup d'accoucheurs sont d'avis de pratiquer l'opération césarienne conservatrice ou l'opération de PORRO.

Opération césarienne conservatrice ou opération de PORRO ou hystérectomie abdominale totale

Dans un cancer inopérable, si le travail se déclare à terme ou prématurément, on extraira l'enfant par la laparotomie et on procèdera ensuite à l'amputation de PORRO, avec traitement extra-péritonéal du pédicule, pour éviter l'infection. (SCHAEFFER).

M. PINARD a recours à l'opération de PORRO ; les femmes atteintes de cancer du col ainsi traitées ont survécu à l'opération ; elles sont mortes plus tard de leur cancer.

C'est l'opération de PORRO que pratiqua M. LEPAGE en 1895, chez une femme atteinte d'épithélioma du col et du vagin. Il en est de même de DRAGHIESCO et CHRISTIAN.

En 1898, M. POTOCKI pratiqua dans ces conditions l'opération de PORRO. La malade a guéri sans la moindre élévation de température, et sans le plus petit incident ; bien mieux, les lésions cervicales se sont amendées très sensiblement dans les jours qui ont suivi, si bien qu'au bout de cinq semaines,

quand la malade a quitté l'hôpital, son col était réduit presque au quart de son volume antérieur et qu'il n'y avait plus hémorrhagie ni fétidité.

La malade que nous avons opérée ne succomba nullement aux suites de l'amputation utéro-ovarique, mais au progrès de la cachexie cancéreuse et surtout à la myocardite.

L'opération de PORRO est évidemment irrationnelle, puisqu'elle enlève la partie restée saine de l'organe et laisse en place les tissus dégénérés. Le pédicule est quelquefois difficile à former au milieu des masses infiltrées par le néoplasme ; M. Pozzi accuse ce pédicule d'être une cause d'infection ; les statistiques de l'opération de PORRO, dit-il, sont déplorables.

Peut-être vaudrait-il mieux s'en tenir à l'opération césarienne conservatrice. C'est ce que semble démontrer la statistique de THEILHABER ; la césarienne conservatrice donnerait soixante et un six pour cent de guérisons (61,6 $\%$, l'opération de PORRO, cinquante pour cent (50 $\%$) ; cependant, la conservation de l'utérus expose aussi la femme à des accidents infectieux, dont l'origine est le tissu cancéreux lui-même et la rétention de lochies septiques qui ne peuvent s'écouler que difficilement à travers le col rétréci par le néoplasme. Cet inconvénient peut en partie être évité en plaçant dans la cavité cervico-utérine un tube à drainage, qui offre souvent une fâcheuse prédisposition à se laisser obstruer par les sécrétions lochiales. Celles-ci peuvent s'accumuler dans l'uté-

rus, forcer la ligne de suture et se répandre dans la cavité péritonéale ; les hémorrhagies secondaires sont bien plus à craindre qu'avec l'opération de PORRO, que quelques-uns réservent aux cas d'utérus infecté ou rompu, que beaucoup appliquent avec raison à tous les cas.

Conclusions

Le fœtus, chez une femme enceinte dont le col utérin est cancéreux, doit être pris en sérieuse considération.

L'accoucheur a le devoir de respecter cette grossesse, de tout mettre en œuvre pour la conduire à terme dans les meilleures conditions, pour les raisons suivantes : la grossesse est loin d'accélérer toujours la marche du néoplasme ; elle évolue souvent régulièrement ; l'enfant acquiert généralement un développement normal.

L'hystérectomie pour cancer utérin ne donne pas de résultats assez brillants pour la survie de la mère, autorisant à sacrifier le produit de conception. Elle sera donc bien rarement indiquée pendant la grossesse.

Pendant le travail, le néoplasme s'opposant à la dilatation du col, à l'accouchement par les voies naturelles sans lésions notables des organes maternels, exposant la vie de l'enfant et de la mère, l'hystérectomie abdominale est indiquée.

Si le cancer est opérable, l'hystérotomie sera suivie de l'hystérectomie abdominale totale. En cas

contraire, on pourra se contenter de pratiquer l'opération césarienne conservatrice. Mais le plus souvent l'accoucheur s'adressera à l'opération de PORRO.

L'opération césarienne vaginale, suivie de l'hystérectomie vaginale, n'a pas encore été pratiquée en France.

CHAPITRE VIII

Des indications de l'hystérotomie et de l'hystérectomie dans les tumeurs fibreuses compliquant la grossesse et l'accouchement.

Ces tumeurs ont reçu différents noms, hystéromes, myomes, fibromes, fibro-myomes, etc. Elles ont exactement la même structure histologique que les parois de l'utérus. Dans les myomes, les fibres musculaires dominent ; dans les fibromes, ce sont au contraire les fibres conjonctives qui l'emportent ; dans les fibro-myomes, fibres musculaires et fibres conjonctives sont en quantité à peu près égale.

Ces tumeurs renferment des artères et des veines. La disposition de ces vaisseaux est surtout facile à étudier dans les tumeurs pédiculées. On voit, au niveau du pédicule, des troncs volumineux s'enfoncer jusque dans les parties centrales de la tumeur. Ce qui frappe tout d'abord, c'est la

ténuité de leurs parois qui permet de confondre les veines avec les artères.

Les hystéromes contiennent aussi des lymphatiques. Dans l'utérus vide, les canaux sont constitués principalement par des fentes ou des capillaires qui ne se reconnaissent qu'à un examen attentif. On ne rencontre guère de vaisseaux visibles à l'œil nu. Le système lymphatique sera plus ou moins développé suivant la prédominance du tissu musculaire ou conjonctif.

L'aspect des lymphatiques dans un utérus gravide est tout autre. Avec un faible grossissement on observe de nombreuses lacunes de forme losangique, arrondie ou triangulaire. Dans certaines parties de la tumeur on trouve même des cryptes lymphatiques énormes. Ces cavités peuvent même devenir plus grandes et forment ce que CRUVEILHIER désignait sous le nom de « géodes » ; nous en reparlerons plus loin.

Les derniers travaux faits sur les fibromes semblent démontrer l'existence de nerfs dans leur intérieur,

En effet, ces tumeurs se contractent, et comment pourraient-elles le faire si elles ne contenaient pas d'éléments nerveux ?

Le volume des hystéromes varie de celui d'un grain de mil à celui d'une tête d'adulte ; on en a observés qui pesaient 40 kilogrammes, mais ce sont là des faits exceptionnels.

Ce volume des tumeurs est également un facteur important.

Le siège des tumeurs fibreuses peut être considéré par rapport à l'épaisseur des parois utérines et par rapport aux différentes régions de l'organe.

Tout le monde est d'accord aujourd'hui pour admettre que les hystéromes se développent dans l'épaisseur même de la paroi utérine. Ils peuvent rester là sans tendre à se porter ni vers le péritoine, ni vers la muqueuse ?

Ce sont les tumeurs interstitielles, elles peuvent rester interstitielles pendant tout le cours de leur évolution. Le plus souvent cependant elles se développent du côté du péritoine ou du côté de la muqueuse.

Dans le premier cas elles sont dites sous-péritonéales, et, dans le second cas, sous-muqueuses.

Ces tumeurs sont sessiles ou pédiculées suivant qu'elles s'implantent sur l'utérus par une base large ou par un pédicule plus ou moins long.

Les tumeurs sous-muqueuses prennent le nom de polypes. Un autre point d'implantation des hystéromes, c'est le col ; là aussi les tumeurs sont sessiles ou pédiculées.

Toutes les statistiques indiquent que les fibromes du corps sont les plus nombreux ; cependant nous croyons avec ARAN que ceux du col sont plus fréquents qu'on ne le suppose.

Plus souvent qu'on ne pense aussi, les myomes vont se fixer au point de jonction du corps et du col, c'est-à-dire au niveau de l'isthme utérin. Comme dit TURNER, c'est la bonde de l'utérus qui retient dans la cavité le produit de conception.

Dans ce cas, l'isthme, qui a normalement à peine un centimètre de longueur, et la portion sus-vaginale du col se laissent étirer d'une façon démesurée.

Une tumeur implantée à ce niveau produira fatalement de la dystocie. Tous les accoucheurs connaissent les limites du segment inférieur de l'utérus. Sur ce segment inférieur viennent également s'implanter des hystéromes. De ceux-ci les uns s'inséreront en avant, d'autres en arrière et d'autres enfin sur les côtés.

On comprend que des tumeurs situées à ce niveau puissent produire des accidents dystociques.

Enfin une dernière variété de tumeurs que l'on peut rencontrer dans l'excavation est la suivante :

Insérées sur le fond de l'utérus ou la partie supérieure de la paroi postérieure, elles peuvent, grâce à un pédicule suffisamment long, descendre jusque dans le cul-de-sac recto-utérin. Ces tumeurs se déplacent parfois spontanément ou bien l'on arrive assez facilement à les remonter artificiellement jusqu'au dessus du détroit supérieur. Nous aurons occasion d'en reparler plus loin.

Les hystéromes sont le plus souvent fermes, élastiques, et d'une dureté facile à reconnaître pour une main exercée ; quand ils sont interstitiels, ils compriment le tissu cellulaire lâche qui les sépare du tissu propre de l'utérus et l'on voit ainsi se former de véritables bourses séreuses (VERNEUIL).

Quand ils se portent du côté du péritoine ou de la muqueuse ils ne se mettent pas non plus direc-

tement en rapport avec la séreuse abdominale ni avec la muqueuse utérine, ils présentent toujours un revêtement capsulaire que leur fournit le tissu utérin.

Ajoutons enfin que les tumeurs fibreuses peuvent produire pendant la grossesse différents accidents. Tout d'abord, la grossesse peut être extra-utérine. Les spermatozoïdes, grâce à leur petit volume et aux mouvements dont ils sont animés, ont pu arriver jusqu'à l'ovule et le féconder. Mais ce dernier, notablement plus gros, ne pourra pas suivre en sens inverse le chemin qu'ont suivi les filaments spermatiques ; il se trouvera arrêté en un point quelconque de la trompe ou du péritoine, et ainsi se produira une grossesse ectopique. Les observations de ce genre ne sont pas précisément exceptionnelles, témoins les faits de STOLTZ, LÉOPOLD, LEBEC, ARROU et VANVERTS, MORESTIN.

Les auteurs sont généralement d'accord pour admettre que dans l'utérus fibromateux les cas de placenta prævia sont très fréquents. NAUSS, sur 241 cas consignés dans sa thèse, l'indique cinq fois, ce qui fait 2 %.

LEFOUR l'a trouvée plus fréquente encore : sur 307 cas, il y eut treize insertions vicieuses du placenta, soit une moyenne de 4 %.

Quelquefois le délivre se fixe sur le néoplasme lui-même, ce qui peut donner lieu à des accidents au moment de la délivrance ; l'hémorrhagie est le symptôme principal de l'insertion du placenta sur

le segment inférieur, mais ces hémorrhagies peuvent être la conséquence même de la présence du fibrome.

A l'état de vacuité elles entraînent d'abord une prolongation anormale des règles (ménorrhagie), puis surviennent des métrorrhagies.

Ces hémorrhagies cessent quelquefois pendant la grossesse, mais le plus souvent, au contraire, elles augmentent de fréquence et d'abondance.

Les principales causes de ces hémorrhagies sont : la congestion utérine et l'endométrite.

Une tumeur fibreuse fixée dans la paroi postérieure de l'utérus expose l'organe à la rétroversion. On en connaît aujourd'hui une vingtaine de cas dont les résultats ont été déplorables.

PESTALOZZA a réuni 13 observations de ce genre, auxquelles il a joint un cas de DÜHRSEN. Sur ces 14 cas, deux fois seulement la réduction fut spontanée ; on réussit sept fois à réduire l'organe, trois femmes avortèrent, l'une d'elles mourut.

Chez cinq malades la réduction fut impossible, on provoqua chez trois d'entre elles l'avortement ; deux moururent ; l'hystérectomie pratiquée chez la quatrième entraîna la mort ; chez la cinquième, DÜHRSEN extirpa le fibrome sans ouvrir l'utérus ; la femme guérit, mais accoucha prématurément d'un enfant mort.

En résumé, quatre femmes sur quatorze ont succombé, c'est donc un accident très grave. L'avortement provoqué semble particulièrement dangereux dans ces cas.

D'autres fois, l'on constate des antéversions, latéroversions beaucoup moins dangereuses.

Quand l'utérus est envahi par des tumeurs fibreuses, la grossesse est fréquemment interrompue. Sur 227 cas, LEFOUR a constaté trente-neuf avortements, soit un sur 5.82.

La première cause de cet avortement est tout d'abord l'hémorrhagie ; vient ensuite une autre cause : un petit polype, inséré au fond de la cavité utérine par un pédicule assez long, arrive dans le col.

La présence de ce corps étranger excite les fibres musculaires du col, et par réflexe fait contracter celles du corps ; l'embryon est expulsé.

Les tumeurs logées dans l'excavation pelvienne, à la suite de l'hypertrophie qu'elles ont subie, et malgré leur assouplissement, déterminent assez souvent des accidents de compression du côté des viscères voisins.

La compression exercée sur les voies urinaires varie suivant qu'elles s'exercent sur l'urèthre, la vessie, les uretères ; ainsi se développent des cystites, des néphrites, des pyélo-néphrites.

La femme a des envies fréquentes d'uriner et une dysurie intense. Chez quelques-unes, la rétention d'urine peut être complète ou incomplète ; l'on voit parfois des malades succomber à des accidents urémiques.

Chez d'autres on observe de l'incontinence d'urine ; chez ces dernières, la vessie est ordinairement distendue, et elles urinent tout simplement

par regorgement. La compression de l'intestin détermine des épreintes, du ténesme anal ; la constipation, qui existait déjà depuis quelque temps, peut aboutir à une véritable obstruction.

On a observé quelquefois de la gangrène de l'intestin et la stercorémie est alors la règle.

NÉLATON a dû pratiquer un anus artificiel chez une femme dont le rectum était tellement aplati que la plus petite sonde ne pouvait franchir l'obstacle.

La compression de la veine-cave inférieure donne lieu à de l'œdème des membres inférieurs, qui bientôt se généralise. Sur ces mêmes membres on constate l'existence de varices, et l'on en trouve également aux organes génitaux externes.

La compression des veines hémorroïdales en détermine la dilatation avec tous ses symptômes désagréables.

Le nerf sciatique comprimé occasionne des douleurs violentes et parfois de la névrite accompagnée de troubles trophiques ; la compression des nerfs lombaires produit des douleurs vives dans les reins avec irradiation du côté de l'abdomen et des cuisses.

Voici une observation intéressante publiée autrefois par le professeur DEPAUL.

« Je fus appelé à Laon, il y a 15 ans ; je trouvai
» réunis autour d'une primipare trois médecins de
» la ville. Ses règles étaient supprimées depuis
» quatre mois ; la dysurie, l'obstacle au cours des
» matières fécales avaient augmenté progressive-

» ment. Quand je la vis, elle ne pouvait ni uriner,
» ni aller à la garde-robe. Il y avait quatre jours que
» cet état durait. Le cathétérisme vésical fut d'une
» difficulté extrême, celui du rectum impossible.
» Des douleurs expulsives violentes faisaient pousser des cris déchirants à la femme ; l'état était
» grave. Je reconnus au palper abdominal une
» tumeur inclinée à gauche, donnant la sensation
» d'un utérus gravide de quatre mois. L'excavation
» pelvienne était remplie par une tumeur dure.
» Je parvins à atteindre le col à travers une sorte
» de fente, derrière la symphyse pubienne. L'utérus,
» soulevé par le doigt, faisait bascule et laissait
» tomber son fond avec la tumeur un peu plus
» bas.

» Le danger était grand et je dus proposer de
» provoquer l'expulsion de l'œuf. On me laissa
» partir, mais, aussitôt rentré à Paris, on me pria
» de revenir ; je passai une sonde dans l'utérus et
» la retournai dans la cavité en plusieurs sens. Le
» lendemain, un enfant, aplati comme un carton,
» fut expulsé à travers la boutonnière. Peu de
» temps après, la tumeur avait diminué d'un tiers,
» et, au bout de quatre à cinq mois, elle avait le
» volume d'une mandarine ; elle était située sur
» la face antérieure de l'utérus, au voisinage du
» col. »

Les tumeurs fibreuses sont considérées généralement comme prédisposant les femmes à la stérilité. SIMPSON, ayant fait des recherches sur 1.252 femmes mariées, en général, a trouvé que

140, c'est-à-dire 1 sur 8,5, étaient restées stériles.

SPENCER WELLS a trouvé également une femme mariée stérile sur 8. SIMS est arrivé au même résultat.

Pour les femmes porteuses de fibromes, les statistiques réunies de MICHEL, DOEHRIG, BEIGEL, etc., indiquent que, sur 947, 317 étaient stériles, c'est-à-dire une sur 2,98 au lieu de 1 sur 8, en moyenne.

Quand les femmes ont des enfants malgré l'existence de fibromes, le nombre des grossesses est diminué.

GUSSEROW, réunissant les statistiques de WINCKEL et SUSSEROTT portant sur 99 femmes, trouve que 37 n'ont eu qu'un seul enfant, 53 en ont eu deux ou trois, et neuf seulement ont été multipares.

Or, en Saxe, où les statistiques ont été prises, les femmes qui n'ont qu'un seul enfant sont dans le rapport de 22 % ; les grossesses uniques sont donc assez rares ; 55 % ont de deux à cinq enfants, et 22 fois elles en ont de six à douze.

La fécondité des femmes est donc diminuée par ce fait de l'existence des fibromes.

Et comment les tumeurs fibreuses s'opposent-elles à la conception ?

Pour que celle-ci ait lieu, il faut que l'ovule et le spermatozoïde arrivent au contact. Or, que se passe-t-il dans le cas de fibromes ?

L'utérus est souvent dévié ; et les déviations utérines, sans être un obstacle insurmontable à la

fécondation, la rendent cependant moins facile. Le museau de tanche ne se trouvant pas alors dans l'axe du vagin, la route que doivent suivre les spermatozoïdes est déviée et leur pénétration dans l'utérus devient difficile ou impossible.

Quant aux fibromes interstitiels, ou sous-péritonéaux sessiles ou pédiculés, ils s'opposent à la conception en oblitérant la lumière utéro-tubaire. Une tumeur implantée au fond de l'utérus bouche les orifices tubaires et empêche les spermatozoïdes d'y pénétrer. BARNES a signalé un cas dans lequel existait une tumeur à l'entrée de chaque trompe. D'autres fois, un fibrome implanté sur le fond de la cavité utérine arrive, grâce à un pédicule assez long, jusque dans le col. Là, il excite les fibres musculaires de l'orifice interne et détermine ainsi un véritable spasme qui empêche ainsi la pénétration des spermatozoïdes dans la cavité utérine.

STOLTZ a publié une observation de ce genre ; il s'agissait d'une jeune femme de 26 ans, qui, à chaque époque menstruelle, éprouvait des spasmes douloureux. A la suite d'un traitement bien dirigé les spasmes cessèrent, et la fécondation eut lieu. Au moment du travail STOLTZ constata ce qui suit :

« L'orifice de la matrice était dilaté d'un pouce,
» son bord coupé en biseau et mince comme une
» feuille de papier.

» Dans l'épaisseur du segment inférieur, derrière le pubis, un peu à droite et près de l'orifice,
» se trouvait une tumeur du volume d'un œuf,

» molle, mais très douloureuse, qui, en se ramollissant, avait pris cet accroissement. »

C'est évidemment la présence de cette tumeur qui donnait lieu aux douleurs des périodes menstruelles.

Dans d'autres cas, le fibrome bouche complètement l'orifice interne, et empêche les spermatozoïdes de pénétrer dans l'utérus.

Enfin, une tumeur faisant saillie sous la muqueuse utérine détermine souvent une hypersécrétion glandulaire. Celle-ci peut être très dense et opposer ainsi un obstacle mécanique à la pénétration des spermatozoïdes ou bien cette sécrétion est acide et les tue.

HOFMEIER n'admet pas de rapport de causalité entre les fibromes et la stérilité.

Quand la fécondité est diminuée chez une femme porteuse de fibromes, il faut, dit-il, chercher ailleurs la cause de cette stérilité relative. Il faudrait admettre, en effet, que l'état fibromateux de l'utérus remonterait à une période très éloignée. En interrogeant les femmes, on retrouve chez elles souvent un passé gynécologique tout autre, de la paramétrite ou de la péritonite ancienne. HOFMEIER va plus loin et croit que chez les femmes atteintes de fibromes utérins, l'activité des organes génitaux et notamment celle des ovaires se montrent plus longtemps et que par suite l'aptitude à la fécondation est augmentée.

Cette théorie ne paraît guère acceptable ; que chez certaines femmes d'autres causes influent sur

la stérilité c'est possible, mais la présence de fibromes diminue certainement l'aptitude à la fécondation.

L'existence de fibromes utérins exerce une influence certaine sur la contractilité de la matrice. Cette influence fâcheuse s'explique par ce fait qu'un fibrome développé dans les parois utérines interrompt la continuité des fibres musculaires ou les dévie de leur direction normale. Dans les cas de tumeurs multiples, les éléments normaux sont pour ainsi dire étouffés.

« J'ai recherché, dit LEFOUR, quelle a été d'une
» façon générale la marche du travail, et dans 68
» cas où le fait a été noté, j'ai toujours vu le tra-
» vail très laborieux ; dans un cas il dura deux
» jours ; dans 5 cas 3 jours ; dans 1 cas 4 jours ;
» dans 4 cas 6 jours ; dans 1 cas 7 jours ; dans
» 5 cas l'accouchement fut impossible ; la malade
» de MAYOR resta en travail 16 jours. »

Deux opinions ont été émises pour expliquer cette durée anormale du travail. Pour les uns, l'utérus est inerte, pour les autres il se contracte spasmodiquement. Ces contractions spasmodiques ont été observées plusieurs fois et notamment dans une observation intéressante d'OSIANDER :

« Le travail dure depuis 24 heures ; la malade
» est très affaiblie et inquiète. Tête du fœtus élevée,
» membranes intactes, col dilaté. Au bout de 4
» heures, voyant les contractions utérines puis-
» santes, OSIANDER rompt la poche des eaux, la
» tête étant un peu descendue. Elle restait néan-

» moins au-dessus du détroit. Forceps tenté inutilement; version rendue impossible par une contraction qui paraissait occuper la paroi tout entière, de sorte qu'on n'a pu, en aucune manière, passer au-delà. Tentatives dans des positions variées de la femme; forceps de nouveau sans réussite. Craniotomie: extraction difficile. Placenta retenu par une contraction irrégulière. Epuisement progressif. Mort le troisième jour. »

LAMBERT n'admet pas l'inertie comme cause de ralentissement du travail dans le cas de fibromes utérins.

« La grossesse, dit-il, qui vient surprendre un utérus dans cet état anormal, ne peut pas atrophier ce qui était déjà hypertrophié. Je crois, au contraire, bien mieux m'accorder avec les faits en admettant que l'irrégularité de développement rend la paroi sujette à une contractilité irrégulière et que l'inefficacité des contractions est due au spasme bien plutôt qu'à la paralysie. »

Quant à l'inertie elle doit être admise pour certains cas lorsque l'utérus a lutté pendant un temps plus ou moins long contre un obstacle qu'il ne peut vaincre; il finit par s'épuiser et devenir inerte.

Cette inertie dure plus ou moins longtemps, cède parfois après que la malade a dormi. De nouvelles contractions reparaissent alors et peuvent quelquefois triompher de l'obstacle s'il n'est pas absolument infranchissable.

Il est évident que la situation des tumeurs relativement au bassin et relativement à la paroi même

de l'utérus influera considérablement sur la marche du travail.

Une tumeur obstruant le bassin exercera sur la marche du travail une influence plus fâcheuse que celle qui se trouvera dans la cavité abdominale.

Les fibromes interstitiels modifieront plus sensiblement les contractions utérines que les fibromes sous-péritonéaux ou sous-muqueux, surtout si ces derniers sont rattachés à la matrice par un pédicule étroit.

L'analyse et l'observation prouvent aussi que le volume et le nombre des tumeurs compliquent la marche du travail, qu'elles soient pelviennes, abdominales, interstitielles, sous-péritonéales ou sous-muqueuses.

Les tumeurs fibreuses exercent également une influence fâcheuse sur l'accommodation fœtale. Toutes les statistiques indiquent une diminution des présentations céphaliques et une augmentation notable des présentations du siège et du tronc.

TOLOCZINOU, sur 48 cas, a obtenu les résultats suivants :

25 présentations du sommet . .	22 %
13 présentations du siège . . .	27 %
10 présentations du tronc . . .	20,8 %

Sur 68 cas, SUSSEROTT a trouvé :

40 présentations du sommet . .	58,8 %
16 présentations du siège . . .	23,5 %
12 présentations du tronc . . .	17,6 %

Sur 86 cas, NAUSS a constaté :

46 présentations du sommet . .	53,1 %
22 présentations du siège . . .	25,5 %
18 présentations du tronc . . .	20,9 %

Sur 102 faits, LEFOUR indique :

52 présentations du sommet . .	50,98 %
33 présentations du siège . . .	32,35 %
17 présentations du tronc . . .	16,66 %

Or, les statistiques concernant les accouchements normaux donnent pour la fréquence relative des présentations les chiffres suivants (DEPAUL) :

16.233 accouchements

15.119 présentations du sommet . .	93,01 %
633 présentations du siège . . .	3,09 %
189 présentations du tronc . . .	1,16 %

La présence de fibromes utérins, comme le prouvent les statistiques présentes, agit donc de façon fâcheuse sur l'accommodation obstétricale.

Il n'y a réellement présentation que lorsqu'une partie fœtale est descendue dans l'excavation pelvienne. Or, supposons une tumeur obstruant plus ou moins complètement le bassin ; la tête, ne pouvant s'engager, restera mobile au-dessus du détroit supérieur. Cette tête, à un moment donné, surtout si le liquide amniotique est assez abondant, se portera vers l'une ou l'autre fosse iliaque, et sera remplacée au détroit supérieur par l'épaule. Dans d'autres cas, elle remontera jusque dans le

fond de l'utérus et sera remplacée par le siège. Ce n'est pas seulement dans le cours de la grossesse que se produiront ces mutations de présentation, mais dans le cours même du travail. M. LEFOUR rapporte dans sa thèse l'histoire d'une malade de CHARPENTIER, chez laquelle la tête, se présentant tout d'abord, fut remplacée par l'épaule, puis l'épaule se déplaça elle-même et la tête revint prendre sa place. La céphalotripsie permit d'extraire assez facilement le fœtus.

Dans un autre cas, appartenant à MANGIAGALLI, la tête fut également remplacée au détroit supérieur par l'épaule, mais celle-ci y resta définitivement et l'accoucheur dut pratiquer la décapitation.

Il est bon d'être prévenu de ces mutations de présentation ; on peut, en effet, à l'aide d'un bandage approprié, les empêcher de se produire.

Le fœtus succombe assez souvent dans la cavité utérine.

« Dans les 307 observations que j'ai réunies, le » résultat pour l'enfant a été noté 220 fois et j'ai » trouvé que le fœtus avait succombé 23 fois dans » le cours de la grossesse, soit 1 fois sur 9,6 » (LEFOUR). »

Pour la femme, la mort du fœtus est plutôt un événement heureux ; dans ce cas tous ses tissus se ramollissent, subissent les effets de la macération et, grâce à la compression qu'ils peuvent alors subir, passent facilement dans un canal rétréci, où ils n'auraient pu passer s'ils avaient conservé leur consistance première.

Comme le dit M. GUÉNIOT, « le ramollissement » subi par les parties fœtales est tel qu'elles deviennent assez réductibles pour traverser à la manière » d'un linge mouillé un canal extrêmement étroit. »

En revanche, la mort du fœtus expose, si le travail se prolonge, à la putréfaction fœtale intra-utérine et à ses conséquences désastreuses pour la mère.

Les tumeurs fibreuses peuvent, dans le cours de leur existence, subir de véritables altérations pathologiques.

Parmi celles-ci, nous signalerons tout d'abord la suppuration. Ce qui permet au pus de s'étaler autour de la tumeur, c'est précisément cette zone lâche, ce tissu cellulaire qui enveloppe le fibrome et l'isole du tissu utérin (Observation de M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE; 3 observations dans la thèse de LAMBERT).

Une autre dégénérescence peut envahir le fibrome : le sphacèle, la gangrène.

Cette gangrène est le plus souvent la conséquence d'une striction plus ou moins forte exercée sur une partie plus ou moins étendue de la tumeur.

Le col a été souvent le point de départ de ce sphacèle par suite de la compression circulaire exercée sur le pédicule. D'autres fois, la gangrène est le résultat de la torsion du pédicule. La tumeur, qui était sous-péritonéale, se détache et tombe dans l'abdomen, entraînant la mort, à moins d'une intervention hardie.

Dans d'autres cas, la tumeur se ramollit en

partie, mais il ne faut pas confondre ce ramollissement partiel avec l'assouplissement normal de la tumeur pendant la grossesse. VIRCHOW a donné de ce ramollissement partiel une très bonne description.

On en trouve une observation dans la thèse de LAMBERT. A l'autopsie de la malade, on trouva une tumeur, un fibro-myome, mesurant 13 centimètres sur 9,5 et faisant dans la cavité utérine une forte saillie de forme sphérique.

Elle était mollassse et remplie de cavités isolées ou confluentes contenant un liquide séro-muqueux, jaunâtre et des flocons fibrineux. Exsudations épaisses tout autour de l'utérus ; masses purulentes dans l'utérus, dans les lymphatiques.

Ces cavités ne sont autre chose que le début de ces cavités décrites par CRUVEILHIER sous le nom de géodes.

Ces géodes sont des cavités à parois irrégulières, traversées par des faisceaux qui ont subsisté au milieu de la destruction générale. Leur contenu est le plus souvent séreux, mais, comme dans l'observation de LAMBERT, on peut y trouver des liquides diversement colorés.

Des hémorrhagies se font quelquefois dans l'intérieur du liquide et le colorent plus ou moins en rouge.

Ces géodes prennent quelquefois un développement énorme, à tel point que l'on peut croire à l'existence d'un kyste ovarique.

Les fibromes utérins subissent encore une

autre modification importante : la calcification, la pétrification. Les sels calcaires commencent ordinairement à se déposer au centre de la tumeur ; de là ils envahissent peu à peu les couches superficielles. Quelquefois, ils ne se déposent qu'à la surface de la tumeur, enveloppant celle-ci d'une véritable coque calcaire. Ces derniers faits sont très rares.

Au point de vue du travail, il n'est pas indifférent que la tumeur ait été envahie par les sels calcaires ; on se trouve en effet dans le même cas que si l'on avait affaire à une tumeur osseuse du bassin.

On a beaucoup discuté autrefois pour savoir si un fibrome pouvait se transformer en cancer. Cette opinion était celle de LISFRANC, DUPUYTREN, etc. Aujourd'hui, cette idée est à peu près complètement abandonnée. Cependant, KLOB et même VIRCHOW ne la rejettent pas complètement.

Fibromes et cancer ont une fréquence à peu près égale. Or, sur le même utérus peuvent exister à la fois une tumeur fibreuse, un carcinome ou un sarcome. Dans ces conditions un épithélioma ou un sarcome de la matrice peuvent s'étendre jusqu'au voisinage du myome et l'envahir comme ils ont fait des tissus utérins eux-mêmes. Sous l'influence de la grossesse, les tumeurs fibreuses subissent des modifications importantes : elles s'hypertrophient et se ramollissent.

Dès que la fécondation a eu lieu, l'utérus, qui est un organe résistant, de consistance fibreuse,

s'amollit ; les éléments histologiques qui entrent dans sa structure augmentent de volume et de nouvelles fibres musculaires se formeraient de toute pièce. Ce dernier point est toutefois contredit par quelques auteurs.

En outre, les vaisseaux artériels et veineux subissent une énorme dilatation.

Et pourquoi les fibromes contenus dans l'épaisseur de la paroi utérine, formés des mêmes éléments, ne subiraient-ils pas les mêmes modifications ?

Elles seront plus ou moins accentuées suivant que les tumeurs renferment plus ou moins de fibres musculaires, car ce sont surtout les fibres musculaires qui s'hypertrophient sous l'influence de la grossesse. LEFOUR, dans sa thèse d'agrégation, dit TURNER, a obéi à une indication au moins douteuse, lorsque, se basant sur la dénomination différente qui correspond à une classification défectueuse en pratique, il conclut que les myomes doivent subir une hypertrophie plus considérable que les fibromes.

Cette opinion ne concorde pas avec les résultats obtenus par M. DOLÉRIS à la suite de l'examen d'un certain nombre de coupes histologiques. Suit une longue description des constatations faites sur ces coupes.

Quoi qu'il en soit, les myomes s'hypertrophient considérablement pendant la grossesse ; il n'est pas rare de les voir doubler de volume et, comme dit BRISTOWE : « Non seulement les tumeurs

» fibreuses croissent, mais elles doivent nécessairement croître. »

Les tumeurs du col, elles aussi, prennent parfois pendant la grossesse un volume exceptionnel.

Toutes ces tumeurs augmentent quelquefois très rapidement de volume sous l'influence de la gestation ; il est à craindre alors qu'une dégénérescence grave ne vienne les envahir. Cette dernière forme est rare ; le plus souvent l'hypertrophie est graduelle ou lente.

Une autre modification imprimée aux tumeurs fibreuses par la grossesse est le ramollissement, ou plutôt, selon l'heureuse expression de DEPAUL, leur assouplissement.

En 1868 et 1869, DEPAUL souleva à la Société de chirurgie un grand débat sur les tumeurs fibreuses et les modifications que leur imprime la grossesse.

Le ramollissement, disait DEPAUL, n'est pas constant, mais assez fréquent pour influencer, dans de nombreux cas, sur le pronostic. Il établit en outre une distinction fondée sur le siège, le volume et les moyens d'union des tumeurs avec l'utérus.

De nombreux faits furent produits, le mot ramollissement fut définitivement remplacé par celui d'assouplissement.

Pour conclure, 4 propositions furent adoptées :

Ni l'hypertrophie, ni le ramollissement ne s'observent constamment.

L'hypertrophie peut exister sans ramollissement.

L'hypertrophie et le ramollissement peuvent marcher de pair.

Le ramollissement peut enfin exister seul.

Des divergences d'opinions se sont produites relativement au degré d'assouplissement des tumeurs fibreuses.

DEPAUL le limite aux couches superficielles des tumeurs ; TARNIER prétend au contraire qu'elles peuvent s'assouplir dans toute leur masse.

Quand il en est ainsi on comprend que sous l'influence des pressions exercées par la partie fœtale dans le cours du travail, ces tumeurs peuvent s'aplatir. On est tout étonné de voir un accouchement, qui semblait tout d'abord devoir présenter des difficultés très grandes ou même devoir être absolument impossible, se terminer spontanément ou à l'aide d'une intervention très simple, forceps ou version.

L'assouplissement de la masse entière de la tumeur est assez rare ; on l'observe surtout dans les cas de tumeurs interstitielles ou sous-muqueuses.

Dans la discussion de la Société de chirurgie M. GUÉNIOT n'admet pas les idées exprimées par DEPAUL. Il ne nie pas que les tumeurs fibreuses puissent augmenter de volume pendant la grossesse, mais pour lui, c'est l'évolution physiologique des tumeurs qui en détermine le développement. Il admet aussi que les myomes se ramollissent pendant la grossesse ; mais alors pour lui, comme pour ASHWELL, c'est un véritable ramollissement pathologique qui se produit. ASHWELL, dans ces

cas, conseillait l'accouchement prématuré artificiel. Mais l'assouplissement des tumeurs fibreuses pendant la grossesse est dans l'immense majorité des cas physiologique ; il est la conséquence de l'imbibition des myomes par une sérosité abondante.

EMMET (de New-York) va plus loin encore et prétend que les hystéromes disparaissent pendant la grossesse.

Enfin la congestion menstruelle agit également sur les tumeurs fibreuses de l'utérus. On observe à l'époque des règles ce que l'on appelle des fibromes intermittents. Paraissant sous l'influence de l'augmentation de volume qu'ils subissent de la congestion menstruelle on en constate l'existence pendant la durée de la menstruation ; ils disparaissent ensuite pour reparaître à la période suivante.

En 1868, à la Société de chirurgie, M. GUYON a rapporté le fait suivant : une femme portait un corps fibreux interstitiel ; l'utérus était en rétroversion et le col porté en avant derrière le pubis. Elle venait à l'hôpital pour y être soignée d'une rétention d'urine. Lorsqu'il pratiqua le toucher, M. GUYON pensa d'abord à une grossesse, mais cette femme affirmait qu'elle était très bien réglée et que les règles viendraient sans doute le lendemain. Les règles vinrent en effet. Lorsque la période menstruelle fut passée, on constata que la tumeur était beaucoup plus dure et avait diminué de volume. Au début, il était impossible de pratiquer la réduction de la tumeur, tandis qu'elle devint très facile une fois l'époque menstruelle passée. Il était évi-

dent qu'à chaque époque menstruelle cette tumeur augmentait de volume et ramenait la rétention d'urine.

Après l'accouchement les myomes s'atrophient et disparaissent quelquefois complètement. Ils subissent une régression analogue à celle de l'utérus.

De nombreuses observations très probantes démontrent le fait ; on en trouve quelques-unes dans la thèse de LAMBERT.

1. — Une femme de 40 ans accouche à terme de son septième enfant. Le lendemain une grosse tumeur fait saillie à la vulve. On se borne à l'expectation. L'accouchement avait eu lieu le 17 octobre ; le 24 novembre le polype a beaucoup diminué de volume. Le 20 janvier la tumeur a complètement disparu.

2. — Une femme de 44 ans, ayant déjà des enfants âgés, vient accoucher à Lariboisière dans le service de LORAIN, le 21 mars 1869.

L'accouchement se termina dans de bonnes conditions.

Explorant le ventre, l'accoucheur trouve une tumeur grosse comme la tête d'un fœtus à terme implantée sur le fond de l'utérus. Au-dessous, deuxième tumeur, plus petite et pointue. La femme, qui avait constaté le développement de cette tumeur à chacune de ses grossesses, affirmait qu'elle ne tarderait pas à disparaître.

Bientôt la petite tumeur disparaît et quelques jours après la femme succombe d'infection puerpérale.

A l'autopsie on trouve près de l'angle droit de l'utérus une tumeur de la grosseur d'une noix et au-dessous une autre plus petite encore.

Voilà donc une femme chez qui, immédiatement après son accouchement, on trouve une tumeur grosse comme une tête de fœtus à terme et quelque jours suffisent pour amener cette tumeur au volume d'une noix.

3. — Une femme accouche en 1821. Une grosse tumeur est expulsée le jour même hors la vulve sans que le pédicule se rompe. L'accoucheur remplaça la tumeur dans le vagin et la femme se rétablit.

En 1824, elle accouche de nouveau. La tumeur qui s'était reproduite fut expulsée en avant de la tête de l'enfant sans que le pédicule se rompît.

L'opportunité de l'opération fut discutée, mais on se décida à patienter. Quatre mois après, la tumeur qui avait le volume d'une tête de fœtus à terme n'était pas plus grosse qu'une noix. Il en est de même des tumeurs du col qui s'hypertrophient pendant la grossesse et disparaissent après l'accouchement.

Conduite à tenir pendant la grossesse compliquée de tumeurs fibreuses de l'utérus

Résumer une des discussions les plus intéressantes de la Société d'obstétrique, de Gynécologie et de Poediatric de Paris (1901), c'est faire con-

naître la conduite à tenir pendant la grossesse compliquée de tumeurs fibreuses de l'utérus.

Cette discussion a été soulevée par la communication à la Société d'une observation de M. SCHWARTZ (22 avril 1901). Voici le fait : femme de 35 ans toujours bien portante ; jamais d'enfant ni fausse couche. Il y a 7 ans, découvrit fortuitement une dureté à la partie inférieure de son ventre. Jamais d'hémorrhagies, pas de phénomènes de compression ; les courses à pied et en voiture sont bien supportées ; elle souffre toutefois d'une constipation opiniâtre.

Réglée pour la dernière fois du 5-8 juillet 1900.

A partir de ce moment développement rapide du ventre ; apparaissent également des phénomènes de compression du côté de la vessie et de l'intestin.

Depuis un mois la malade a des étouffements, se meut très difficilement, a beaucoup maigri.

A l'examen, ventre plus développé que ne le comporte la période de grossesse à laquelle la malade est arrivée. Bosselures à gauche remontant sous les fausses côtes. Tumeur lobée présentant deux parties latérales dures remontant dans les flancs jusqu'au dessus de la ligne ombilicale, s'étalant dans les deux fosses iliaques. Tandis qu'elle est dure des deux côtés, elle présente au dessus du pubis une partie molle, comme fluctuante, qui, à certains moments, change de consistance.

Au toucher le col est caché derrière la symphyse pubienne, presque inaccessible, aplati par une énorme masse qui remplit tout le cul-de-sac posté-

rieur et latéral droit, dure, immobile, comme soudée dans le bassin.

Le palper bimanuel ne permet de lui imprimer aucun mouvement.

M. SCHWARTZ conseilla à la malade d'aller voir un accoucheur.

Elle voit successivement MM. BAR et MAYGRIER qui conseillent tous deux l'intervention immédiate à cause des phénomènes de compression qui ne permettront sans doute pas à la femme d'arriver à terme ; et dans le cas où elle atteindrait le terme, elle ne pourrait sans doute accoucher naturellement.

M. BOUILLY, consulté à son tour, penche pour l'intervention.

A la suite de cette communication, chirurgiens et accoucheurs ont longuement discuté, les chirurgiens se prononçant nettement pour l'intervention immédiate, les accoucheurs, au contraire, se montrant plus disposés à temporiser.

M. SCHWARTZ admet cependant que toutes les fois qu'il y a espoir de la terminaison spontanée de l'accouchement, que la filière pelvienne n'est pas complètement obstruée et que des accidents immédiats ne mettent pas en danger la vie de la mère, il faut attendre. « La nature, dit-il, sait » tourner les difficultés, ramollir les fibromes ici, » permettre leur ascension là, et, en somme, souvent sans grands efforts, peut amener le résultat » le meilleur, un enfant vivant et bien portant » tout en sauvegardant la vie et la santé de la » mère. »

Mais le difficile est précisément de savoir si nous pourrons attendre et si la mère n'aura pas brusquement des accidents graves qui nécessiteront une intervention.

Et l'intervention décidée, que devait-elle être ?

En présence des accidents de compression, d'obstruction, qui peuvent rapidement mettre en péril la vie de la mère, la seule chose à faire est d'enlever l'utérus avec les tumeurs qu'il porte, à moins que, le ventre ouvert, on ne voie un fibrome tombé dans le Douglas, que l'on pourrait enlever par une simple myomectomie en laissant la grossesse évoluer.

L'hystérectomie abdominale totale, que l'on pratiquait presque exclusivement il y a deux ou trois ans, commence à perdre du terrain au profit de la supravaginale.

Quand il s'agit de fibromes interstitiels, pelviens ou abdominaux, le col allongé permet une pédiculisation facile. Dans ce cas il faut préférer à l'hystérectomie totale l'hystérectomie subtotale ou supravaginale qui est plus simple, plus facile.

Il faut évidemment, pour que l'on puisse conserver le col, que celui-ci soit en parfait état d'asepsie.

M. SCHWARTZ a pratiqué chez sa malade l'hystérectomie supravaginale et a obtenu pour la mère un succès complet.

M. VARNIER a fait à l'opération pratiquée par M. SCHWARTZ des objections qui nous paraissent fondées.

En somme il n'y avait plus depuis les dernières

règles aucune perte de sang, l'œuf semblait se développer régulièrement. Pas d'œdème sus-pubien, pas d'œdème des membres inférieurs, pas de dilatation veineuse, pas de circulation collatérale; urine normale; pas de trouble vésical. Le rectum est bien aplati par la tumeur, mais la constipation n'est pas irrémédiable. L'état général n'est pas mauvais; pas de réaction péritonéale, les fibromes se développent lentement; pas de fièvre; pas de dégénérescence des fibromes, tous très durs.

La malade se plaignait d'étouffements, se déplaçait difficilement et avait beaucoup maigri. Mais puisqu'il s'agit de tumeurs bénignes, l'amaigrissement n'était pas bien inquiétant et quant aux étouffements, c'était au chirurgien à en apprécier l'importance.

M. SCHWARTZ invoque l'impossibilité pour la malade d'accoucher à terme. Il eut fallu d'abord voir ce que la nature eut pu faire, et peut-être eût-on été obligé alors de pratiquer l'opération césarienne. Mais pourquoi se hâter de sacrifier un enfant de quatre mois et demi.

Car avec cette thérapeutique prophylactique d'accidents à venir possibles, nous aboutirions à l'intervention abortive habituelle, alors que cette intervention doit être l'extrême exception. (VARNIER).

La seule indication pour M. VARNIER, ce sont les accidents de compression mettant en péril la vie de la mère.

Dans la séance du 10 juin 1901, M. RICHELOT

a rapporté une observation dans laquelle il a pratiqué, chez une femme enceinte de quatre mois et demi et porteuse de fibromes, l'hystérectomie supravaginale.

« L'utérus était bourré de fibromes dont l'un, »
» énorme et ramolli, montait à quatre ou cinq travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Le nombre, »
» le siège des tumeurs, leur développement rapide »
» m'ont paru légitimer l'intervention. J'affirme »
» que l'examen de la pièce la justifie pleinement. »
» Il est vrai que la femme n'était pas mourante, »
» qu'elle n'avait encore ni phénomènes de compression, ni douleurs extrêmes ; il est vrai que »
» j'ai agi préventivement. Mais elle avait l'abdomen rempli de tumeurs au milieu desquelles »
» la grossesse ne comptait pas ; je l'ai opérée »
» pour ses fibromes à l'heure pressante où l'action »
» s'imposait, où l'abstention aurait pu me laisser »
» des remords. Elle avait encore 5 mois devant »
» elle. Que serait-il advenu ? Le péril était-il prochain, éloigné ? C'est la question qui se pose »
» devant nous et que tout notre sens clinique doit »
» s'efforcer de résoudre. »

Si la vie de la femme est compromise par l'évolution de ses fibromes, si la situation s'aggrave, la malade est en état de légitime défense.

Il est donc parfois nécessaire d'interrompre la grossesse. Mais dans quels cas ? Quand la femme est menacée d'accidents graves qui peuvent entraîner sa mort, compression de l'intestin, de la vessie, de l'urèthre ; mais attendre aussi jusqu'au dernier

moment n'est certainement pas de bonne chirurgie. La grossesse, dans ces cas, n'est pas une excuse et je demande que l'on intervienne à un moment où un miracle n'est pas encore nécessaire pour que la femme survive à l'opération.

Et l'intervention décidée, quelle doit-elle être ?

Il faut rejeter de parti-pris toutes les opérations purement obstétricales, avortement provoqué, accouchement prématuré artificiel, pour ne songer qu'à l'extirpation par la voie abdominale.

On ne peut hésiter qu'entre l'ablation totale et la myomectomie conservatrice.

Ce serait évidemment l'idéal d'enlever les tumeurs sans ouvrir l'utérus ; mais les tissus étant ramollis, la grossesse ayant développé énormément les vaisseaux de la paroi utérine, la myomectomie possède encore une mortalité assez élevée et trouvera rarement son indication.

L'hystérectomie est aujourd'hui une opération bien réglée et qui donne de très bons résultats quand elle est bien faite.

Dans cette même séance du 10 juin, M. PINARD a protesté énergiquement contre les idées émises par M. RICHELOT.

« La femme, dit-il, n'est pas en état de légitime » défense contre son enfant et le chirurgien n'a » pas à remplir le rôle de justicier.

» Est-il donc vrai que la femme dont l'utérus » est fibromateux soit exposée à de si nombreux » et terribles accidents ? Métrorrhagies pendant la » grossesse, hémorrhagies incoercibles pendant la

» délivrance, accidents de compression ne sont pas
» aussi communs qu'on veut bien le dire.

» Les accoucheurs sont d'accord pour admettre
» que dans les cas de fibromes l'insertion vicieuse
» du placenta est plus commune que dans les cas
» normaux, mais en dehors de cette cause d'hé-
» morrhagie, les métrorrhagies sont exception-
» nelles.

» Nous, accoucheurs, connaissons parfaitement
» la réalité des accidents qui peuvent survenir dans
» le cours d'une grossesse dans un utérus fibro-
» mateux ; mais ces accidents sont loin d'être aussi
» communs qu'on veut bien le dire. »

Dans sa séance du 9 juillet 1901, M. PINARD apporta la statistique que nous avons citée plus haut pour appuyer son argumentation. Et M. RICHELOT semble se convertir.

A la suite de cette session de juillet, la Société prit ses vacances annuelles. A la reprise des travaux, chirurgiens et accoucheurs se sont trouvés presque d'accord.

Le 14 octobre 1901, M. VARNIER s'exprimait ainsi :

« Comme le remarque notre collègue, M.
» SCHWARTZ, chirurgiens et accoucheurs sont prêts
» de s'entendre. Je retiens tout simplement sa
» première proposition : l'intervention pour fibro-
» mes dans le cours de la grossesse doit être excep-
» tionnelle et motivée seulement par des accidents
» graves déterminés par la présence du ou des
» fibromes.

» Notre collègue, M. RICHELLOT, avait déjà dit :
» la règle ordinaire, c'est que la grossesse compli-
» quée de fibromes arrive à terme et qu'il faut la
» plupart du temps se garder d'intervenir pendant
» son évolution pour agir à propos, s'il y a lieu,
» au moment du travail.

» C'est là la conclusion que M. PINARD et moi
» tenions le plus à voir se dégager de ce débat.

» Reste après cela à s'entendre sur le terme
» « Accidents graves ». C'est affaire d'appréciation
» que chacun tranchera suivant son tempérament
» conservateur ou radical, étant donné que les
» nuances de la pratique ne se définissent pas. »

Dans cette discussion nous trouvons indiqués
tous les moyens de traitement que nous pouvons
résumer ainsi :

1^o Expectation et surveillance de la marche de
la grossesse.

2^o Ablation de la tumeur dans les premiers
mois de la grossesse, en laissant celle-ci suivre
son cours.

3^o Hystérectomie supravaginale ou totale.

4^o Interruption de la grossesse par l'avorte-
ment provoqué ou l'accouchement prématuré
artificiel.

En un mot, à côté de l'expectation se place
l'intervention.

Celle-ci comprend différentes méthodes :

1^o Celles qui s'adressent à la grossesse elle-
même.

2^o Celles qui concernent la tumeur.

3° Celles qui s'attaquent en même temps à la grossesse et à la tumeur.

Ce sont les indications et les résultats de ces modes thérapeutiques que nous allons envisager successivement.

Expectation.— C'est la conduite tenue pendant longtemps par les accoucheurs. Elle rencontre encore aujourd'hui de nombreux partisans.

Nous avons déjà signalé plus haut l'opinion de MM. PINARD et VARNIER, à laquelle se sont ralliés plusieurs chirurgiens : laisser la grossesse suivre son cours, n'intervenir que le plus rarement possible, en présence d'indications précises.

Telle est également la conclusion de M. LEPAGE dans une communication à la Société d'obstétrique, de Gynécologie et de Poediatric de Paris.

En 1897, à la Société obstétricale de France, M. FOCHIER disait : « Pendant la grossesse, abstention, si la mère n'est pas menacée d'une façon » prochaine.

» Au point de vue pratique, la présence d'un » gros fibrome dans l'excavation pelvienne n'en » traîne donc pas nécessairement, tant s'en faut, » l'obligation d'intervenir au cours de la grossesse, » ni même pendant l'accouchement. » (GUÉNIOT).

M. BUDIN s'est exprimé de la façon suivante :

« Il a été très intéressant d'entendre un accou- » cheur doublé d'un chirurgien distingué, M. le » Professeur FOCHIER, donner son avis sur ce sujet » et vanter l'expectation dans les grossesses com- » piquées de tumeurs fibreuses. Les utérus atteints

» de fibromes devenant gravides ne sont pas rares.
» Or, combien chacun de nous a-t-il vu de cas
» nécessitant une opération urgente. Relativement
» très peu. Pour ma part, j'ai vu nombre de cas
» de fibromes compliquant la grossesse ; une seule
» fois seulement l'opération a été nécessaire. »

Voici l'opinion de HOFMEIER : « Les myomes
» compliqués de grossesse ne créent généralement
» pas de graves dangers ; et cela mérite d'être hau-
» tement affirmé en présence de l'engouement de
» plus en plus vif à opérer durant la grossesse. On
» ne peut nier toutefois que des phénomènes très
» graves n'arrivent à se manifester quelquefois,
» mais l'éventualité en est rare. D'autre part, la
» plupart du temps, la grossesse terminée, les
» malaises s'évanouissent. En résumé, l'indication
» d'une intervention pendant la grossesse est rare
» et, à supposer qu'une opération devienne néces-
» saire, on pourra différer souvent le choix de l'in-
» tervention jusqu'à la fin de la grossesse. »

Il nous serait facile de multiplier les citations ; nous le croyons inutile : l'autorité des noms que nous avons cités suffit pour vous faire admettre cette conclusion : *l'expectation est souvent la meilleure conduite à tenir. Conduire la grossesse à terme est le but de l'accoucheur.*

C'est-à-dire qu'en présence de menaces de fausse couche nous devons mettre en œuvre tous les moyens capables de la faire éviter. Repos au lit, lavements laudanisés, injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine, si les contractions dou-

loureuses ont fait leur apparition, tels sont les procédés qui permettent parfois de mettre fin à cette menace d'avortement.

Interruption artificielle de la grossesse

Certains auteurs, comparant l'obstruction de l'excavation par une tumeur fibreuse à un véritable rétrécissement du bassin, conseillent l'avortement provoqué et l'accouchement prématuré artificiel.

Ces interventions ont encore été conseillées comme moyen prophylactique ou curatif des divers accidents résultant de la coexistence d'une grossesse et d'une tumeur fibreuse de l'utérus. C'est ainsi qu'ASHWELL s'est montré partisan de l'interruption de la grossesse parce qu'il croyait que les tumeurs fibreuses subissaient un véritable ramollissement putride.

Nous avons vu DEPAUL provoquer l'avortement avec succès chez sa malade de Laon.

Nous ne sommes pas d'avis cependant de recourir à cette méthode. Les résultats fournis par l'interruption de la grossesse sont déplorables.

Sur huit avortements provoqués dont parle M. LEFOUR, deux femmes succombèrent; sur cinq accouchements prématurés, une femme est morte et dans un autre cas la terminaison n'est pas indiquée.

PHILIPPS, sur sept cas où l'avortement artificiel a dû être provoqué, a noté cinq fois la mort.

FEHLING n'est pas partisan de l'avortement artificiel ; LAUWERS conseille de ne pas le pratiquer parce qu'il est irrationnel tout en exposant à de sérieux dangers ; il laisse, en effet, la tumeur qu'il faudrait extirper et supprime l'enfant que l'on devrait respecter. L'avortement provoqué sacrifie de parti-pris la vie du fœtus ; il expose la mère aux hémorragies, à la rétention placentaire avec toutes ses conséquences : hémorrhagie, infection.

Il n'est pas possible dans tous les cas par suite de la déviation et de l'inaccessibilité du col.

Ch. LANDAU fait remarquer que 20 % des femmes chez lesquelles on provoque l'avortement succombent ; chez celles qui guérissent, la tumeur fibreuse ne disparaît pas toujours avec la régression utérine ; on est obligé d'avoir recours plus tard à une opération radicale : on a donc exposé deux fois la vie de la mère et sacrifié celle de l'enfant sans grand avantage.

L'avortement provoqué ne reconnaît qu'une indication : une intervention s'impose, mais l'état général de la femme est si grave qu'il faut lui éviter toute opération pouvant déterminer un choc sérieux.

C'est ainsi que dans sa statistique, M. PINARD cite l'observation d'une femme ayant des accidents causés par une hépatotoxémie tellement intense qu'il jugea nécessaire de pratiquer immédiatement un avortement thérapeutique. Cette malade mourut, le neuvième jour après l'avortement, d'accidents pulmonaires.

Quant à l'accouchement prématuré provoqué il expose l'enfant à succomber. On peut dans des conditions très favorables élever des prématurés, mais il faut pour cela une installation spéciale que l'on ne trouve que dans quelques grands hôpitaux de Paris. Les mêmes accidents dystociques peuvent se produire que dans l'accouchement à terme.

« On ne pourrait penser, dit CHAHBAZIAN dans sa thèse, à l'avortement provoqué que dans les cas de fibrome sous-péritonéal du col très volumineux, non opérable, et mettant la vie de la mère en danger par des phénomènes de compression des organes du petit bassin ou des phénomènes d'étranglement interne.

» Cette réunion de faits malheureux n'a jamais été signalée dans aucun cas de fibrome du col utérin compliquant la grossesse. L'observation de DEPAUL, citée partout comme un fibrome du col nécessitant l'avortement provoqué par des phénomènes de compression graves et mettant la vie de la mère en danger, n'était pas un fibrome du col ; il siégeait sur le segment inférieur de l'utérus.

» On ne doit pas non plus pratiquer l'accouchement prématuré artificiel, puisqu'on n'a pas les avantages de l'avortement, le petit volume du fœtus, ni ceux du travail à terme, les modifications que la tumeur subit et dans sa consistance et dans sa situation ».

LAMBERT ne rejette ni l'avortement provoqué, ni l'accouchement prématuré artificiel. Quand une

tumeur qui a toujours appartenu à l'excavation est devenue une cause de troubles sérieux du côté des voies urinaires, du côté de l'intestin ou du côté des voies respiratoires, il ne faut pas hésiter à sacrifier le fœtus, même si la grossesse n'est que de quatre à cinq mois.

Quand la grossesse a dépassé six à sept mois, l'enfant est viable; l'accouchement prématuré n'est plus discutable.

La femme peut à ce moment se trouver dans deux conditions très-différentes : ou bien elle n'a que des tumeurs d'un volume médiocre, ou bien au contraire, elle porte de ces énormes tumeurs qui remplissent entièrement l'excavation, ne laissant entre elles et la paroi du bassin qu'une étroite filière.

Dans le premier cas, dit LAMBERT, il ne faut pas hésiter à provoquer le travail; la seule difficulté est de savoir à quel moment il faut intervenir. On s'éloignera d'autant plus du terme de sept mois que la tumeur sera plus mobile, plus souple et l'espace libre plus grand.

Malheureusement ces cas sont rares et dans la plupart des observations on trouve d'énormes tumeurs bouchant presque hermétiquement l'excavation, laissant à peine pénétrer le doigt jusqu'au col et atteindre la partie fœtale.

Si la tumeur est sessile, immobilisée par des adhérences, LAMBERT n'intervient pas par l'accouchement prématuré. Il préfère laisser la grossesse aller jusqu'à terme, quitte à prendre alors un parti radical.

En résumé, LAMBERT n'admet qu'une indication aux deux opérations précitées : la compression exercée sur les organes voisins telle que la vie de la mère est mise en péril par épuisement nerveux ou par l'inanition progressive qui résulte de la gêne de toutes les fonctions de nutrition ou de respiration.

LAMBERT n'admet donc l'intervention que quand il y a urgence, il propose l'interruption de la grossesse parce qu'à cette époque c'était la méthode thérapeutique la moins grave ; il ne pouvait être question de myomectomie, ni d'hystérectomie.

L'interruption artificielle de la grossesse est une intervention grave ; nous avons déjà cité quelques chiffres. KIRSCHMEYER va plus loin encore et lui attribue 40 % de mortalité. Ce qui explique le discrédit complet de cette méthode thérapeutique et le bannissement absolu dont la frappe M. DELAGENIÈRE.

En effet l'avortement provoqué ne semble indiqué que dans les deux circonstances suivantes :

1. — La tumeur obstrue l'excavation de telle façon qu'un accouchement à terme semble impossible par les voies naturelles.

2. — Il existe des phénomènes de compression tels que la vie de la femme est menacée.

Nous ne pouvons accepter ces indications, car il est difficile de diagnostiquer à l'avance et d'une façon précise si la nature ne suffira pas à lever l'obstacle ; l'avortement provoqué, toujours dangereux, serait pour le moins inutile.

Pour remédier aux phénomènes de compres-

sion, nous possédons d'autres méthodes qui exposent moins la mère.

L'interruption thérapeutique de la grossesse dans un utérus fibromateux ne doit pas tirer ses indications de la présence de la tumeur, mais des circonstances inhérentes à la grossesse elle-même, qui, par les complications qui peuvent l'accompagner, devient un danger réel et imminent pour la femme.

C'est ainsi que M. PINARD a provoqué l'interruption de la grossesse pour des phénomènes d'hépatotoxémie grave qui menaçaient la vie d'une malade, dont l'utérus gravide était fibromateux. Seule l'hépatotoxémie a constitué l'indication.

Quand une telle indication existe, il ne faut pas hésiter, car le pronostic de l'avortement, spontané ou provoqué, dans les cas de grossesse compliquée de tumeurs fibreuses, a été quelque peu assombri par les auteurs.

MM. MARTIN et TUFFIER ont pratiqué l'opération césarienne à 5 et 6 mois de grossesse en présence de complications menaçantes. L'opérée de MARTIN guérit; celle de TUFFIER succomba à des accidents de pyélo-néphrite. THUMIN en signale 6 cas avec 3 décès.

C'est là un procédé tout-à-fait exceptionnel d'interruption de la grossesse; quand une intervention s'impose ainsi urgente, mieux vaut avoir recours aux moyens qui s'adressent tout à la fois à la tumeur et à la grossesse.

Ablation de la tumeur. — Myomectomie.

L'intervention portant sur le fibrome seul pour laisser évoluer la grossesse constitue la myomectomie.

Une intervention chirurgicale sur l'utérus d'une femme enceinte n'est justiciable que si celle-ci est faite pour parer à des accidents ou à des complications qui menacent directement la vie de la mère, ou dans le but d'éviter un avortement, ou pour supprimer une cause de dystocie ultérieure. Il faut pour cela que l'opération soit facile et bénigne.

Quand, dans les premiers mois d'une grossesse, nous nous trouvons en présence d'un fibro-myome, nous avons à nous poser les questions suivantes :

1. Y a-t-il actuellement des accidents sérieux ?
2. Y a-t-il lieu de penser que des accidents graves vont se produire avant l'époque de la viabilité du fœtus ?

3. Est-ce que, si on laisse la grossesse aller à terme, on est en droit de craindre qu'au moment du travail la dystocie sera assez grave pour mettre en danger la vie de la mère et celle de l'enfant ? Et, en ce cas, n'est-il pas moins dangereux de procéder immédiatement, sans attendre le terme de la grossesse, à l'ablation de la tumeur ?

L'examen de l'état général et local, les antécédents même, pourront donner la réponse.

L'ablation de la tumeur fibreuse se fera ou par le vagin (*myomectomie* ou *polypectomie vaginale*)

ou par l'abdomen (*myomectomie* ou *polypectomie abdominale*) suivant le mode d'évolution et surtout suivant le siège de la tumeur. De là la nécessité de distinguer :

1. Les fibromes à évolution vaginale.
2. Les fibromes à évolution abdominale ou pelvienne.

Dans les fibromes à évolution vaginale, deux cas se présentent : ou le fibrome est pédiculé. (polype du col), ou il s'agit d'une tumeur fibreuse développée sur le col par une large implantation (fibrome sessile).

Supposons une femme enceinte de 3 mois ; cette femme a un polype du col ou faisant saillie entre les lèvres du col et ce polype donne lieu à des hémorrhagies inquiétantes.

Il faut d'abord mettre la femme au repos au lit, lui donner quelques injections chaudes et antiseptiques ; si les hémorrhagies ne cessent pas, il faut opérer.

La torsion, la ligature, l'excision, la cautérisation du pédicule sont les meilleures méthodes à employer. Si le polype est volumineux, on l'extraît par morcellement. Telle est la polypectomie vaginale.

La tumeur enlevée, on donne à la femme quelques injections de morphine pour éviter l'avortement.

Dans sa thèse, CHAHBAZIAN rapporte huit observations dans lesquelles on eut recours à la torsion. à la ligature ou à l'excision. Il y eut 2 morts,

2 avortements, l'un à six semaines, l'autre à cinq mois ; un enfant expulsé au 8^e mois mourut par suite d'un circulaire cervical. Six femmes guérirent ; la grossesse continua jusqu'à terme 5 fois.

Ces observations appartiennent à OLDHAM (2 cas), MERRIMAN, LARCHER, LEVER, EVANS, WEST et HANCK.

Il convient d'ajouter que la deuxième malade de OLDHAM est morte de sa faute.

« On fit la ligature, dit OLDHAM, qui se sépara » avec le polype au bout de deux jours. La malade » fut assez imprudente pour se lever ; bientôt des » douleurs survinrent et un œuf de six semaines » fut expulsé. Le ventre resta douloureux et la » sensibilité prit une grande intensité. Les phéno- » mènes de péritonite s'accroissant, elle mourut » quatre jours après l'avortement. »

Dans le cas de HANCK, une femme enceinte de cinq mois a des hémorrhagies abondantes. On en trouve la cause dans trois tumeurs fibreuses développées dans la cavité cervicale. Elle avorte huit jours après l'excision de la dernière tumeur. Elle guérit, mais au bout de quelques jours elle meurt d'éclampsie.

Dans le fait de LARCHER, une femme avait déjà eu un avortement provoqué par la présence d'un fibrome pédiculé du col qu'on enleva trois mois après. Elle redevint enceinte et en l'examinant de nouveau on trouva un autre fibrome du col que l'on enleva le 50^e jour de la grossesse. La femme accoucha à terme d'un enfant vivant.

FELSENREICH (1887), THUMIN (1896), rapportent plusieurs cas de polypectomie vaginale suivie d'une évolution normale de la grossesse.

Sauf dans quelques circonstances rares, par exemple une insertion très haute du pédicule, l'opération ne trouble pas la marche de la grossesse.

Les risques sont bien plus grands quand il s'agit de l'énucléation d'une tumeur à large base. La grossesse court des risques. Au point de vue opératoire, la gravidité, par le relâchement des tissus, rend l'opération plus facile ; mais les dangers d'hémorragie, les difficultés de l'hémostase, les risques de septicémie et de pyémie grandissent.

Si le fibrome, examiné à différentes reprises au cours de la grossesse, n'augmente pas de volume, s'il est peu volumineux, ne détermine pas d'hémorragies, il vaut mieux s'abstenir.

Au contraire, cette tumeur produit-elle des phénomènes de compression par suite de son volume progressivement croissant, occasionne-t-elle des hémorragies inquiétantes, des douleurs vives, des menaces abortives, il ne faut pas hésiter à l'enlever. On évitera de cette façon de voir la tumeur augmenter rapidement et considérablement de volume et mettre en péril la vie de la femme au moment de l'accouchement.

L'indication de l'intervention est encore tirée de l'existence d'une ou de plusieurs fausses couches antérieures du fait du fibrome.

En cas de fibromes bien limités, d'énucléation

aisée, l'opération est généralement suivie de succès : guérison de la mère, continuation de la grossesse.

Tels sont les cas de HANCK (1836), DANYAU (1851), OLDEN (1885), MAYO-ROBSON (1889), VAUTRIN (1893), FRAIPONT (1895).

Le manuel opératoire est le suivant : sous chloroforme, on incise la capsule au bistouri et on énuclée la tumeur avec la pointe de ciseaux courbes.

La tumeur enlevée, si la plaie est nette et la cavité peu anfractueuse, on suture. Dans le cas contraire, on draine et on fait un peu de compression à la gaze iodoformée. On doit, dans ces opérations sur le col, occasionner le minimum de délabrements afin de n'avoir pas de brides cicatricielles.

S'il s'agit d'une tumeur d'un volume notable, mieux vaut l'abstention. En effet, la perte de sang peut être considérable, l'opération pourra durer longtemps et devenir plus importante qu'on ne le croyait d'abord.

Si cependant il y a des hémorrhagies incessantes, déterminant une anémie inquiétante, si l'augmentation de volume est rapide, si la vie de la femme est menacée, il ne faut pas hésiter à intervenir : faire en sorte d'énucléer la tumeur tout en conservant l'utérus, mais en étant prévenu que si l'on rencontre des difficultés insurmontables, l'avortement étant inévitable, il faut être prêt à l'hystérectomie abdominale totale.

Dans des cas particulièrement rares, myomes

insérés sur la paroi postérieure du col ou de la portion la plus basse du corps de l'utérus, extra ou intra-péritonéaux, adjacents à la paroi postérieure du vagin, on peut procéder à l'énucléation après colpotomie vaginale.

Encore ce procédé impliquerait-il de trop grands risques dans le cas de tumeur volumineuse, peu mobile, enclavée (dangers d'hémorrhagie, difficulté d'hémostase, blessure importante de la matrice, etc.); l'énucléation après colpotomie doit donc rester un procédé d'exception ; ce n'est pas une méthode de choix (THUMIN).

En résumé, il ne faut pas opérer s'il n'y a aucun trouble ; il faut temporiser autant que possible, s'efforcer de se rapprocher le plus possible du terme avant de faire la myomectomie, surtout par énucléation. S'il y a des symptômes alarmants, la myomectomie conservatrice est indiquée, si elle se présente facile et bénigne.

Supposons maintenant qu'il s'agisse de fibromes abdominaux ou pelviens accessibles seulement par la voie abdominale.

M. LEFOUR, en 1880, écrivait : « Nous ne saurions accepter une intervention aussi grave que celle qui consiste à faire la gastrotomie pendant la grossesse. »

Depuis cette époque les idées se sont modifiées et la laparotomie est entrée dans la pratique pour les cas de fibromes abdominaux.

Dans un mémoire important écrit en 1900, M. DELAGÉNIÈRE (du Mans) s'exprime ainsi :

« 1. — La tumeur est pédiculée sur le fond de
» l'utérus. Dans ce cas l'extirpation après ligature
» du pédicule ne présente aucune difficulté et l'opé-
» ration sera peu grave.

» 2. — La tumeur est sessile ou largement im-
» plantée. L'opération, dans ce cas, comporte des
» manipulations longues, des ligatures, des sutures
» compliquées et minutieuses ; elle fait courir des
» risques de blesser l'œuf ; en un mot, par sa tech-
» nique compliquée, elle fait courir à la malade
» les plus grands risques d'infection, et pour le
» fœtus, les plus grands risques d'avortement.

» 3. — La tumeur est incluse dans le ligament
» large. Dans ce cas, intervient au point de vue
» de la technique un nouveau facteur, celui de
» l'âge de la grossesse.

» Dans les premiers mois, quand l'utérus sera
» peu volumineux, facile à mouvoir, à sortir
» dehors par la plaie abdominale, l'énucléation
» du fibrome intraligamentaire sera facile ; l'opéra-
» tion sera beaucoup plus difficile, plus compli-
» quée, partant plus grave pour la mère, à laquelle
» elle fera courir plus de risques d'infection, et
» aussi pour le fœtus, qui sera plus exposé à l'avor-
» tement, par suite des manipulations prolongées
» et des traumatismes de la matrice gravide. »

« Il résulte de cet exposé que la myomectomie
» abdominale ne serait l'opération de choix que
» dans les cas de fibrome pédiculé sur le fond et
» de fibrome intra-ligamentaire dans les premiers
» mois de la grossesse. »

Pour qu'une femme enceinte puisse supporter une laparotomie, dit TURNER, il faut que la malade jouisse d'une bonne santé et que l'opération ne dure pas plus de 35 à 40 minutes. Mais dans ce genre d'opération, il est souvent difficile de dire au juste combien de temps elle durera. Le fibrome est-il bien réellement pédiculé ou bien est-il sessile et inclus dans la paroi utérine? Quels sont ses rapports avec le ligament large, la vessie, le rectum, etc.?

Pendant la grossesse, en admettant le fibrome pédiculé, les vaisseaux du pédicule se sont développés, et si le myome est sessile, il faudra faire une énucléation dans le tissu ramolli et vascularisé par la grossesse. Quand on voudra placer les fils, du sang s'écoulera en abondance à leur point d'implantation.

Et si l'on entaille trop profondément l'utérus, on arrivera jusque sur la muqueuse utérine ou même sur l'œuf, mauvaise condition pour la survie de l'embryon.

Le premier chirurgien qui ait pratiqué, en France, la myomectomie abdominale, c'est PÉAN. La malade portait au dessus de l'arcade crurale droite une tumeur apparue à la suite de la dernière grossesse. Cette tumeur était restée à peu près stationnaire pendant deux ans, mais elle avait pris, dans les derniers mois d'une nouvelle grossesse, un accroissement rapide et considérable. Elle mesurait, en effet, 5 centimètres de hauteur, 18 de longueur sur 7 de largeur. La femme était arrivée

au 7^{me} mois de sa grossesse quand l'opération fut pratiquée. La guérison fut rapide. Deux mois après, elle accouchait à terme sans le moindre incident.

La myomectomie abdominale a été pratiquée un certain nombre de fois et diverses statistiques ont été publiées.

PESTALOZZA a relaté 18 myomectomies abdominales ; M. MAYGRIER y joint 4 autres faits, entre autres celui de M. TERRIER qui a enlevé un énorme fibrome de 3500 grammes sans que la grossesse fût interrompue.

Au total 22 faits : 17 guérisons — 5 morts.

Des 17 femmes guéries, 10 ont mené leur grossesse à terme ; chez les 7 autres, il y eut avortement ou accouchement prématuré.

Sur 4 cas de myomectomie il n'y a pas eu de mort (STRATZ).

Sur 11 myomectomies abdominales, MAYER compta 8 femmes guéries ; 5 conduisirent leur grossesse à terme.

WACKERT a eu 7 morts sur 28 cas ; LANGE 7 sur 31.

OLSHAUSEN a publié une statistique portant sur 51 cas (1897) comprenant 28 fibromes pédiculés et 28 sessiles. La mortalité globale est de 6.

En 1898, ROSENBERG se déclare partisan de l'expectation en s'appuyant sur une statistique de LÉOPOLD comprenant 31 myomectomies abdominales donnant :

Mortalité maternelle 23 %.

» fœtale 45 %.

D'après KIRSCHMEYER, la mortalité pour les fibromes à pédicule implanté sur le fond de l'utérus serait de 18 %.

ZWIBEL, en 1900, cite une statistique de 11 cas, avec 11 guérisons, 10 accouchements à terme, 1 avortement. Ces cas appartiennent à BIERMER, BRAUN, FLEISCHLEN, FROMMEL, GUINARD, KELLY, STRATZ, STAVELY, TÉMOIN.

M. TURNER a réuni dans sa thèse 77 opérations de myomectomie abdominale pratiquées de 1874 à 1900.

Sur ces 77 observations, il y a 16 morts et 43 accouchements à terme ou près du terme, ce qui donne en tout 20,8 % de mortalité maternelle et 45,2 % de mortalité embryonnaire ou fœtale.

De 1874 à 1890, il y a 33 opérations avec 21 guérisons, c'est-à-dire 36 % de mortalité maternelle et 61 % de mortalité fœtale.

De 1890 à 1900, sur 44 opérations il n'y eut que 4 cas malheureux, ce qui fait 9 % de mortalité maternelle et 21 % de mortalité fœtale.

Dans un mémoire récent, THUMIN donne le tableau suivant :

1. — 62 cas de myomectomie simple pendant la grossesse depuis 1885.

2. — 40 cas d'énucléation de myomes.

Sur les 62 cas de myomectomie simple, il y eut 5 morts et sur les 55 cas restants, abstraction faite des 6 précédents et d'une opérée intrapartum, il y eut 10 avortements.

Mortalité maternelle 9,69 %

» fœtale.... 16,13 %

Sur les 40 faits d'énucléation abdominale, il compte 2 morts et 11 avortements.

Mortalité maternelle 5 %

» fœtale.... 27,5 %

En prenant une moyenne générale on arrive à un total de 112 opérations ayant donné une mortalité maternelle de 10 % et une mortalité fœtale, par interruption de la grossesse, de 22 %.

La myomectomie abdominale sera faite chez une femme enceinte de 3 à 4 mois si on reconnaît chez elle l'existence d'un gros fibrome pédiculé donnant lieu à des douleurs ou irritant la séreuse abdominale. Laisser cette tumeur en place serait faire courir à la femme les risques d'un avortement. Si l'on voit la tumeur augmenter rapidement de volume dans les premiers mois de la grossesse, il faudra aussi l'extirper, si c'est possible.

Si la tumeur évolue lentement, ne donnant lieu à aucune douleur, à aucun phénomène de compression, mieux vaut s'abstenir.

La myomectomie par la voie abdominale est indiquée, dans les premiers mois de la grossesse, dans les cas de gros fibromes sous-séreux du col, intraligamentaires ou interstitiels, quand ils occasionnent des accidents graves et menaçants. Nous connaissons 5 faits d'extirpation de fibromes intraligamentaires pendant la grossesse.

En 1892, TAYLOR fit l'opération au quatrième mois de la grossesse ; 8 jours plus tard, avortement

gémellaire. La même année, FROMMEL, GUINARD, firent l'ablation d'un fibrome intraligamentaire au quatrième et au troisième mois de la grossesse. Les opérées accouchèrent à terme.

En 1893, FROMMEL fit la même opération chez une femme enceinte de six semaines; elle accoucha prématurément à 8 mois $1/2$.

En 1900, SPINELLI relate une opération sur une femme enceinte de 4 mois; elle fit un avortement gémellaire.

En résumé, le pronostic de la myomectomie est encore relativement sombre, surtout pour ce qui concerne les myomes sessiles; d'autre part si on la compare à l'expectation poussée à outrance on voit que celle-ci donne d'après STAVELY une mortalité de 37 % sur 597 cas de ce genre.

Il en résulte que cette opération, par la voie abdominale, est quand même indiquée dans les cas de gros fibromes sous-séreux du col, intraligamentaires ou interstitiels, quand par leur accroissement, leur situation ou leur ramollissement, ils occasionnent des accidents. Toutefois, *l'opération ne doit être pratiquée que quand les accidents sont graves ou quand il y a un danger imminent*, comme, par exemple, dans les cas de torsion du pédicule, d'incarcération irréductible, de péritonite, de putréfaction, ou encore de complication siégeant dans d'autres organes, tels que le cœur, les poumons et les reins.

Le moment de choix pour pratiquer la myomectomie par l'abdomen est la fin de la grossesse.

Si l'accouchement survient, on a plus de chances d'avoir un enfant vivant.

Quand la myomectomie abdominale est trop difficile, impossible même, ce que l'on reconnaît après laparotomie, il faut s'adresser aux moyens qui s'attaquent en même temps à la grossesse et au fibrome, aux divers procédés d'hystérectomie.

Le **refoulement** des tumeurs fibreuses pendant la grossesse constitue un mode de traitement qui ne s'adresse qu'au fibrome seul. Cette méthode thérapeutique ne doit être tentée que dans les cas où la réduction semble devoir être facile, lorsque le fibrome n'est pas très volumineux et n'a pas contracté d'adhérences, lorsqu'il est pédiculé. A moins d'indication urgente, il ne faut pas tenter la réduction avant le 8^e mois de la grossesse, car elle peut occasionner l'expulsion prématurée du fœtus. Aussi est-elle rarement tentée pendant la grossesse, c'est plus souvent au moment du travail qu'on peut l'essayer : nous y reviendrons.

Hystérectomie

Nous avons signalé ci-dessus quelques faits d'hystérotomie simple pour accidents dus aux tumeurs fibreuses pendant la grossesse. Cette méthode n'a guère rencontré de partisans. Chirurgiens et accoucheurs préfèrent dans ces cas supprimer la grossesse et l'organe gestateur fibromateux.

Nous verrons plus loin, à propos de la conduite à tenir pendant la grossesse, les indications de l'hystérotomie suivie de la myomectomie, opération qui pourrait se trouver indiquée à la fin de la grossesse.

L'ablation de l'utérus fibromateux gravide est indiquée par des accidents graves : douleurs très vives occasionnées par la compression des organes pelviens par la tumeur, surtout lorsqu'elle est incarcérée dans le petit bassin ; compression des uretères, de la vessie, du rectum par une tumeur située dans le segment inférieur de l'utérus, phénomènes de dégénérescence du fibrome ; péritonite ; torsion du pédicule, etc..... La myomectomie étant impossible sans ouverture de l'utérus, l'hystérectomie est indiquée.

D'après M. DELAGENIÈRE, l'hystérectomie est indiquée lorsque l'utérus est rempli de fibromes dont l'évolution a déjà compromis la grossesse en cours ; l'accouchement, dans ces cas, se fera dans des conditions anormales, faisant courir les plus grands risques à la mère et à l'enfant. Si même la délivrance se fait heureusement, la mère sera de nouveau exposée aux mêmes accidents, dans l'hypothèse possible d'une nouvelle grossesse.

M. DOLÉRIS écrit :

« Lorsqu'il s'agira de fibromes multiples ou
» volumineux, intra-muraux, du corps ou de
» l'isthme utérin, prenant un accroissement pro-
» portionnel à leur nombre et à leur nature histo-
» logique, la perspective douteuse de l'achèvement

» de la grossesse, les difficultés à prévoir lors de
» l'accouchement à terme, la précarité de la vie du
» fœtus démontrée par les statistiques, sont des
» arguments puissants, capables de peser lourde-
» ment sur la décision à prendre. J'avoue qu'au-
» jourd'hui, avec l'expérience personnelle que j'ai
» acquise, après l'observation de plusieurs cas
» terminés par l'avortement, d'un accouchement
» césarien prématuré, qui n'a point sauvé l'enfant,
» d'un cas de mort (inopérable) à cinq mois de
» gestation, je me sentirais très porté à tenir peu
» de compte de l'élément grossesse, si j'avais
» affaire à une multipare âgée, et si, d'autre part,
» les troubles étaient assez sérieux pour porter
» préjudice à la malade, dans le présent et dans
» l'avenir.

» Comment ne pas envisager, en effet, sans
» appréhension, la terminaison de certains cas qui
» permettent de prévoir l'obstruction complète de
» la cavité pelvienne pour l'époque du terme ? Et
» si simple que l'on veuille supposer que sera
» l'opération à ce moment, personne ne songerait
» certainement à admettre la comparaison avec
» une opération plus précoce.

» L'opération pratiquée à quelques mois de
» gestation, avant la viabilité du fœtus, est celle
» qui a donné un pourcentage de mortalité insi-
» gnifiant. »

M. DOLÉRIS reconnaît d'ailleurs la rareté de
l'intervention chirurgicale hâtive.

Quoi qu'il en soit, *nous ne reconnaissons qu'une*

indication à l'hystérectomie, quel que soit l'âge de la grossesse, c'est l'urgence provoquée par des phénomènes graves compromettant la santé de la femme, la myomectomie conservatrice se trouvant contre-indiquée.

L'ablation de l'utérus étant décidée, on a à sa disposition trois procédés dont nous allons examiner les résultats :

- 1° *L'Opération de Porro ;*
- 2° *L'Hystérectomie totale ;*
- 3° *L'Hystérectomie subtotale.*

En 1890, PESTALOZZA rapporte 22 cas d'amputation supra-vaginale de l'utérus avant la viabilité du fœtus, avec une mortalité de 66 %. Une statistique plus récente de APFELSTEDT relate 40 opérations, avec une mortalité de 30 %.

M. Pozzi donne 12 femmes sauvées sur 17.

M. LUCAS (Thèse Paris 1900) a relevé 22 cas d'hystérectomie abdominale totale pratiquée avant le 7^{me} mois de la grossesse. Une seule opérée succomba 11 jours après l'opération, à la suite d'un étranglement interne, alors que la malade semblait presque guérie.

Cette intervention donne donc une mortalité brute de 4,54 %.

Nous ne pouvons nous étonner de ce qu'a écrit M. MONPROFIT, en 1899 :

« Dans certains cas, les fibromes reçoivent une
» poussée du fait de la grossesse. Le fonctionne-
» ment des organes de la digestion peut être telle-
» ment gêné que l'alimentation devient impossible.

» Les vomissements deviennent incessants et les
» malades arrivent à un tel degré de faiblesse qu'on
» peut concevoir les craintes les plus sérieuses sur
» la conservation de la vie. La même question se
» pose donc que dans les vomissements incoer-
» cibles : le produit de conception ne compte plus,
» il faut aviser aux moyens de sauver la mère. On
» a proposé, dans des cas analogues, d'interrompre
» le cours de la grossesse : mais encore faut-il que
» le diagnostic ait été posé d'une façon certaine,
» et, bien souvent, on se trouvera seulement en
» présence d'une tumeur fibreuse devenue rapide-
» ment grave sans qu'on puisse découvrir exacte-
» ment le facteur nouveau qui est venu apporter
» une complication dans le cours d'une affection
» déjà ancienne.

» Dans ces conditions, la meilleure conduite,
» la plus prudente, la plus sûre, n'est-elle pas de
» s'adresser à l'intervention qui permet de suppri-
» mer, d'un seul coup, la cause des troubles anciens
» et récents ? Il ne nous paraît pas douteux que
» l'hystérectomie abdominale totale ne soit le trai-
» tement de choix des cas analogues. C'est le trai-
» tement auquel nous nous sommes attaché
» chez les deux malades observées par nous, et
» elles ont guéri comme de simples opérées de
» fibromes. »

L'hystérectomie subtotale a conquis la faveur
des chirurgiens dans la plupart des cas.

Elle semble préférable à l'opération de PORRO,
car le pédicule peut être difficile à former ; si les

fibromes sont insérés très-bas, on s'expose à les laisser. Le PORRO présente toujours cet inconvénient du pédicule extérieur, d'une élimination longue favorisant la suppuration, laissant à sa chute une cicatrice profonde qui doit se combler par bourgeonnement. Toute cette réparation demande un temps considérable qui prolonge la convalescence et le séjour des malades au lit.

L'opération de PORRO a pour elle la facilité et la rapidité de l'exécution, ce qui n'est pas à dédaigner chez des femmes déjà affaiblies pour lesquelles le minimum de choc est préférable.

Il est évidemment plus chirurgical de faire l'hystérectomie subtotalaire ou l'hystérectomie totale.

Avec la subtotalaire, on se dispense d'ouvrir le vagin, source d'infection fréquente ; l'hémostase est plus facile, la section porte au-dessus des artères vaginales et intéresse uniquement le tronc de l'artère utérine ; il suffit en général d'une ligature de chaque côté. Elle laisse à la femme un vagin normal, ce qui est préférable à une cicatrice quelquefois douloureuse.

Dans l'hystérectomie totale, la section de la tranche vaginale ouvre plusieurs artérioles qu'il faut pincer, lier, et souvent avec difficulté.

La facilité de l'hémostase, importante déjà dans les conditions ordinaires, acquiert ici une réelle importance en raison de la vascularisation plus grande de tous ces organes par le fait même de la grossesse.

Voilà ce que dit le raisonnement. Que disent les faits :

M. TURNER a relevé, de 1890 à 1900, 37 opérations d'hystérectomie abdominale supravaginale. Il y eut 31 guérisons. Donc mortalité maternelle 18 %.

Il a de même trouvé 31 opérations d'hystérectomie abdominale totale, avec 30 guérisons. Mortalité maternelle 3 %.

Les faits semblent donc en faveur de l'hystérectomie abdominale totale ; mais, nous le répétons, l'hystérectomie subtotale rallie maintenant les suffrages des chirurgiens, et c'est à elle qu'ont eu recours, avec succès, MM. SCHWARTZ et RICHELOT dans les deux faits que nous avons signalés.

Ainsi que nous l'avons dit à plusieurs reprises, l'indication de l'intervention chirurgicale est rare pendant la grossesse, qui, dans la plupart des cas, évolue de façon à ne pas obliger l'accoucheur à intervenir.

Et pour terminer nous citerons l'opinion de M. MORESTIN : « Il n'est pas rare que la grossesse » aboutisse à son terme régulier, après une évolution normale... Une foule de travaux en témoignent. D'une façon générale, il convient d'attendre, de n'intervenir que si l'on prévoit une complication prochaine, ou pour l'avenir une cause de dystocie assurée. Mais il ne s'agit plus » de l'expectation résignée de nos prédécesseurs. » Les progrès réalisés dans la technique des interventions sur l'utérus ont tout changé. Quand le » danger est évident, qu'il soit prochain ou éloi-

» gné, on n'est plus autorisé à aucun moyen dila-
» toire. Sans perdre de temps, il faut faire le néces-
» saire, il faut agir préventivement, attendu que
» nous pouvons le faire aujourd'hui avec une
» sécurité très grande.

» On sera conduit à des opérations d'import-
» tance variable, selon le siège, le volume des
» tumeurs fibreuses, l'âge de la grossesse. On tend
» à renoncer aux interventions purement obsté-
» tricales, avortement provoqué, accouchement
» prématuré, pour adopter l'extirpation, l'énucléa-
» tion des fibromes ou l'ablation de la matrice
» elle-même.

» On a coutume de dissocier les cas, d'en faire
» deux groupes selon que le fœtus est ou non via-
» ble. Dans cette dernière conjoncture, le sacrifice
» est moins pénible. Quand l'intervention est
» indiquée par des hémorragies, par le dévelop-
» pement rapide des fibromes, ou tout autre consi-
» dération, il faut admettre que la » femme est en
» cas de légitime défense » (POLLOSSON) et traiter
» le fœtus comme un dangereux parasite. Il est
» bien entendu que, le ventre ouvert, si l'on entre-
» voit la possibilité de mettre fin aux accidents
» par la seule énucléation des tumeurs fibreuses,
» on devra se borner à cette opération conserva-
» trice.

» C'est évidemment la solution idéale, celle
» qui consiste à extirper les tumeurs sans ouvrir
» la cavité utérine, en laissant le fœtus, avec l'espoir
» de voir la grossesse continuer son évolution.

» Cette espérance n'est pas chimérique, diverses
» observations le prouvent.

» La myomectomie, pour peu que les fibromes
» soient nombreux, volumineux, ou qu'ils fassent
» saillie dans la cavité utérine, est toujours assez
» laborieuse. elle l'est bien plus que lorsqu'il s'agit
» d'un utérus à l'état de vacuité, puisque dans le
» cas de grossesse, il y a un ramollissement géné-
» ral de tout l'organe et une énorme vascularisa-
» tion. C'est dire que, pour séduisante que soit la
» myomectomie, il ne faut pas l'entreprendre à la
» légère, car il est évident qu'elle peut être d'une
» exécution malaisée et comporter certains aléas.

» L'hystérectomie est rapide, méthodique et
» son manuel opératoire laisse peu de place à
» l'imprévu. Il faut cependant la prendre comme
» pis-aller et la pratiquer seulement alors que toute
» conservation est impossible. Les résultats sont
» splendides, et TURNER, qui a réuni les observa-
» tions récentes, constate que l'hystérectomie
» supra-vaginale pendant la grossesse, avec fœtus
» non viable, sur 37 cas a donné 5 morts; que, dans
» les mêmes conditions, sur 32 cas d'hystérectomie
» abdominale totale, on n'a noté qu'une seule mort.

» Il faut donc grandement réfléchir avant
» d'entreprendre la myomectomie sur l'utérus gra-
» vide. Si l'opération conservatrice doit être labo-
» rieuse, pénible, sanglante, elle manque son but,
» elle est dangereuse pour la mère et fatale au
» fœtus. Il vaut mieux alors recourir à ce pis-aller,
» qui est la suppression totale. Il serait mauvais

» d'en prendre la décision formelle, avant d'avoir
» fait la laparotomie et vérifié de visu l'état des
» parties ; après cette inspection, on reconnaîtra
» parfois que l'on peut se borner à l'ablation des
» tumeurs, plus souvent peut-être que la conduite
» prudente consiste à enlever, en bloc, la matrice
» et son contenu. »

Cette citation pourrait former la conclusion de tout ce que nous avons dit, et nous l'acceptons dans ses grandes lignes. Nous protestons toutefois contre l'indication de l'intervention, « si l'on prévoit une » complication prochaine ou pour l'avenir une » cause de dystocie assurée. » Nous sommes d'avis d'agir quand la complication existe et nous avons déjà dit combien il est difficile de prévoir la dystocie.

Comme M. PINARD, nous ne pouvons admettre que la femme est en état de légitime défense et que le fœtus est un dangereux parasite. Ce n'est pas contre lui que l'intervention est dirigée, c'est contre des accidents résultant de la présence d'une tumeur pelvi-abdominale, cause d'accidents, exactement comme si la femme n'était pas enceinte.

Quelques accoucheurs prévoyant une dystocie certaine proposent l'intervention chirurgicale dans les derniers jours de la grossesse, avant le début du travail. Ils reconnaissent à cette pratique divers avantages : choix du moment de l'opération, des aides, etc. ; comme l'a dit TARNIER, à propos de l'opération césarienne, on se rapproche ainsi d'une laparotomie gynécologique. Une opération

d'urgence comporte toujours plus de risques.

Il y aurait également des avantages pour le fœtus, moins exposé aux procidences du cordon, etc.

Sans nier la valeur de ces arguments, nous ne sommes pas tout à fait de cet avis. Avec d'autres accoucheurs nous pensons que, sauf indication urgente, il vaut mieux attendre le début du travail. On est ainsi plus certain de ne pas interrompre la grossesse trop prématurément, ce qui n'est que trop facile, chez une femme qui a un utérus fibromateux, irrégulier comme volume, pouvant avoir donné lieu à des écoulements sanguins ayant fait croire à de véritables règles. Or, il n'est pas indifférent pour un fœtus de naître prématurément.

A cette objection nous ajouterons la suivante : il n'est pas toujours facile de savoir exactement si le fibrome sera dystocique. Plusieurs observateurs mentionnent des accouchements spontanés alors qu'ils avaient fait leurs préparatifs pour la laparotomie.

Donc à l'intervention pendant les derniers jours de la grossesse, nous substituons volontiers l'intervention au moment du travail, dans les limites que nous allons maintenant étudier.

Conduite à tenir pendant le travail

Dans le cours du travail, la tumeur peut subir un déplacement vers en bas et vers en haut.

Dans le premier cas la tumeur peut être sessile ou pédiculée. Dans les deux éventualités la partie fœtale pousse la tumeur devant elle. Si celle-ci est pédiculée, insérée sur le col ou sur le segment inférieur, le fœtus la repousse devant lui, l'amène à la vulve et souvent alors le pédicule se rompt, de sorte que la femme accouche en même temps de son fibrome et de son enfant.

Quand la tumeur est sessile, ou n'a qu'un pédicule trop court, elle peut, après la sortie du fœtus, brusquement rentrer dans le vagin ; DEPAUL a observé un cas de ce genre avec P. DUBOIS.

« Le fibrome, dit-il, rentra brusquement dans » le vagin, comme attiré par un lien de caoutchouc » fortement distendu. »

Si le pédicule ne se rompt pas, l'accoucheur n'a qu'à le sectionner, petite opération d'une très grande simplicité : torsion, ligature, excision, sont les moyens généralement employés.

Quant au déplacement vers en haut, il peut se produire déjà pendant la grossesse, mais c'est surtout au moment du travail qu'on l'observe.

Ce mécanisme a été minutieusement étudié en 1868 au cours de la discussion qui s'est élevée à la Société de Chirurgie, par DEPAUL, TARNIER, GUÉNIOT, BLOT, etc.

Pendant la grossesse, l'ascension des fibromes s'explique très facilement. DEPAUL a montré que les parois de l'utérus ne se développent pas de façon très régulière. La paroi antérieure se développe de façon exagérée à sa partie inférieure, formant là

comme une espèce de valve coiffant la tête fœtale. De ce développement exagéré en avant il résulte que la paroi postéro-inférieure se porte en arrière et en haut, entraînant avec elle la ou les tumeurs qui y sont fixées.

L'utérus en s'élevant dans l'abdomen contribue également à l'ascension de ces tumeurs qui le plus souvent siègent dans le cul-de-sac recto-utérin.

Pendant le travail, plusieurs causes peuvent produire l'ascension des tumeurs sous-péritonéales : la contraction utérine, la dilatation du col, l'écoulement du liquide amniotique, l'allongement du segment inférieur de l'utérus.

Pour DEPAUL, les fibres longitudinales de la paroi utérine, en se contractant, se raccourcissent et entraînent la tumeur vers en haut, tout en redressant l'utérus tout entier verticalement.

TARNIER attache plus d'importance à la dilatation du col ; le col en se dilatant, dit-il, entraîne avec lui le fibrome vers la périphérie de l'excavation pelvienne et le rapproche des fosses iliaques où il finit quelquefois par glisser, en laissant l'excavation libre pour l'engagement.

Pendant la dilatation du col, la paroi utérine glisse sur l'œuf et tend à remonter ; elle entraîne ainsi avec elle la tumeur fibreuse au-dessus de la partie fœtale qui se présente. Pendant le travail, le segment inférieur s'allonge. BLANC et M. DEMELIN ont spécialement attiré l'attention sur ce fait. C'est ainsi qu'on peut remarquer une ascension progressive de l'anneau de BANDL vers l'ombilic. Un

fibrome inséré sur le segment inférieur se trouve ainsi entraîné.

DEPAUL insiste beaucoup sur l'influence exercée par l'écoulement du liquide amniotique sur le déplacement de la tumeur.

La déchirure des membranes agit par l'écoulement d'une grande quantité d'eau :

« Cet écoulement, dit M. GUÉNIOT, en produisant une déplétion de la matrice, provoque le retrait des parois utérines et par conséquent l'élévation du segment inférieur de l'organe. »

Une condition favorable pour l'ascension de la tumeur c'est la présentation du siège. Le fœtus, dans ces cas, forme une sorte de coin s'insinuant entre la tumeur et la paroi de l'excavation et facilite le refoulement de cette tumeur au dessus du détroit supérieur.

Dans un cas observé par M. RIBEMONT, il s'agissait d'un gros fibrome inséré sur le segment inférieur et remplissant l'excavation. Le fœtus putréfié se présentait par le siège. Le basiotribe fut appliqué et pendant les tractions la tumeur remontait peu à peu, de sorte que l'on put terminer l'accouchement par les voies naturelles, tandis qu'on se préparait d'abord à faire une opération de PORRO.

Dans un cas rapporté par BLANC (de Lyon), il s'agissait d'un gros fibrome implanté sur la paroi postérieure du segment inférieur. L'enfant était mort et se présentait par le siège. M. FOCHIER put appliquer un crochet mousse sur le siège et termina

l'accouchement par les voies naturelles, grâce à l'ascension de la tumeur.

Malheureusement certaines tumeurs ont contracté des adhérences dans l'excavation. D'autres sont trop volumineuses pour franchir le détroit supérieur ou le détroit inférieur. La nature est impuissante à remonter ou à refouler la tumeur vers en bas, et le cas relève de l'intervention chirurgicale.

Enfin, certains fibromes, comme nous l'avons vu, se ramollissent, s'assouplissent pendant la grossesse; au cours du travail, ils se laissent aplatis par la partie fœtale.

C'est là encore une circonstance favorable qui peut permettre la terminaison spontanée du travail.

Supposons que la tumeur ne remonte pas spontanément au-dessus du détroit supérieur; il est permis d'en tenter la **rétropulsion**.

Il faut anesthésier la femme, prendre toutes les précautions antiseptiques convenables, du côté des organes génitaux de la femme et de soi-même, la sonder, etc. Il est nécessaire, pour réussir, d'introduire la main tout entière dans le vagin.

A l'aide de cette main, on s'assure du volume et du point d'insertion de la tumeur. Comme nous supposons le travail commencé, il faut introduire deux ou trois doigts dans la cavité utérine.

Le toucher rectal est supposé avoir été pratiqué par un aide.

Il faut maintenant procéder à la rétropulsion de la tumeur.

La meilleure attitude à donner à la femme est la position genu-pectorale. FEEROLW, TURGARD, (de Lille) ont publié des succès grâce à l'emploi de cette position.

On peut encore élever le siège de la femme et lui baisser la tête basse, en la mettant en travers du lit. De cette façon la partie fœtale n'appuie plus aussi fortement sur le segment inférieur et la manœuvre s'en trouve facilitée. Il ne faut pas user de violence ni de brutalité, mais exercer des pressions douces et soutenues sur la tumeur.

Dans ces conditions on verra la tumeur se dégager peu à peu de l'excavation et la tête venir la remplacer au détroit supérieur.

Dans le cas où la tumeur occupe plutôt un des côtés du bassin, il faut placer la malade sur le côté opposé et refouler la tumeur avec la main droite ou gauche suivant les cas.

Quand la manœuvre a réussi, il faut laisser la main en place pendant quelques instants, achever avec les doigts la dilatation du col et rompre les membranes.

La tête vient alors prendre la place de la tumeur. En cas de présentation du siège, le mieux à faire est d'abaisser le pied antérieur.

Il se peut que la dilatation se fasse lentement. Dans ce cas ayez recours aux irrigations chaudes qui en accélèrent la marche.

Peut-être pourrait-on avoir recours aux ballons de BARNES ou de CHAMPETIER. Ce dernier a été employé dans un cas par AUDEBERT. Il n'y avait

pas d'engagement qu'empêchait une tumeur fibreuse inséré sur le segment inférieur. Il y eut procidence du cordon ; l'évolution et l'extraction du fœtus furent très difficiles et l'on finit par extraire un enfant mort de 3,270 grammes. Au moment où l'on plaçait le ballon de CHAMPETIER on percevait encore les bruits du cœur fœtal ; il est probable que l'enfant a succombé à la compression de son cordon par le ballon.

Comme nous le disions plus haut, la tumeur parfois se déplace spontanément et laisse le passage libre au fœtus. D'autres fois on essaie de la reporter au-dessus du détroit supérieur. Mais supposons qu'on échoue dans ces tentatives.

Le bassin présente une espace suffisant pour permettre l'extraction du fœtus.

DEPAUL, dans ces cas, préférerait le **forceps**. TARNIER conseillait la **version**. Laquelle des deux méthodes faut-il choisir ?

SUSSEROTT a réuni 147 observations de fibromes compliquant le travail. Sur ce nombre, forceps et version été employés chacun 20 fois. Sur les 20 femmes délivrées par le forceps 8 succombèrent et 7 enfants seulement naquirent vivants.

La version fit mourir 12 femmes et 17 enfants.

M. LEFOUR a réuni 26 applications de forceps qui ont donné les résultats suivants :

Mères vivantes	19
Mères mortes	7
Enfants vivants. . . .	13
Enfants morts. . . .	6

Dans 7 cas le sort de l'enfant n'est pas indiqué.

Le forceps fut appliqué 21 fois chez des femmes à terme; 4 d'entr'elles succombèrent, les 3 autres morts sont le résultat d'interventions dans des accouchements prématurés.

35 versions ont donné :

Mères vivantes	15
Mères mortes	19

Le sort de l'une d'elles n'est pas indiqué.

Enfants vivants. . . .	4
Enfants morts. . . .	14

Le sort de 15 de ces enfants est inconnu.

2 fois le fœtus avait succombé avant le travail.

Ces chiffres démontrent la gravité des deux méthodes, mais plaident cependant en faveur du forceps.

Dans sa thèse, CHAHBAZIAN donne le résultat de 13 applications de forceps faites pour fibromes du col.

Dans un cas de GUÉNIOT, dans 2 observations de STOLTZ, dans un cas de POHL et un autre de GOOCH, le forceps suffit pour terminer l'accouchement et les 5 femmes guérissent. Dans d'autres cas le succès fut moins complet. INGLEBY dut, après une application de forceps infructueuse, recourir à la craniotomie; PAJOT dut pratiquer la céphalotripsie; BRAXTON-HICKS et WALLACE ont dû faire suivre l'application du forceps de l'énucléation de la tumeur.

Enfin, BRAXTON-HICKS, BEDFORD, WALLACE et MICHELORI ont appliqué le forceps après l'énucléation de la tumeur.

Nous retrouverons ces mêmes observations plus loin. Sur 5 versions pratiquées pour fibromes du col par OLDHAM, BORRET, POULET, BRAXTON-HICKS, DANYAU, 4 femmes ont guéri, une seule est morte.

BRAXTON-HICKS tenta inutilement la version et dut recourir à l'énucléation de la tumeur. DANYAU fit la version avec succès après énucléation de la tumeur.

En comparant les résultats de la version avec ceux du forceps, pour les cas d'intervention dans les fibromes du col, on trouve.

Forceps :

Mères vivantes	5
Mères mortes	0
Enfants vivants.	3
Sort inconnu	2

Version :

Mères vivantes	2
Mères mortes	1
Enfant vivant.	1
Enfant mort.	1
Sort inconnu	1

Dans ces trois derniers cas, la version a été employée dans les mêmes conditions que le forceps, c'est-à-dire, avant l'extirpation des tumeurs. Or, il paraît incontestable que pour ce qui concerne

exclusivement les fibromes du col, le forceps donne de meilleurs résultats que la version.

Quand on ne peut recourir ni au forceps, ni à la version, on peut essayer de pratiquer l'embryotomie dans des différents modes, crâniotomie, basiotripsie, embryotomie proprement dite. Ces différentes opérations ne seront pratiquées que sur des enfants morts, à moins que la femme refuse toute autre intervention.

On peut dans quelques cas se borner à faire la crâniotomie ; sous l'influence des contractions utérines et des efforts maternels la tête se vide et se moule peu à peu dans l'excavation rétrécie ; elle peut s'engager alors le long de la tumeur et l'expulsion peut se faire spontanément.

Cependant, sur 11 cas de craniotomie dont parle M. LEFOUR, 6 se terminèrent par la mort de la mère.

La céphalotripsie fut pratiquée 5 fois et entraîna 2 fois la mort de la mère.

OLSHAUSEN accuse pour des opérations de ce genre une mortalité de 5,7 % : CRÉDÉ une mortalité de 8 % ; LÉOPOLD de 2,8 % : GUSSEROW 14,3 %. De 1885 à 1899, 81 craniotomies ont été pratiquées à la Maternité de Lariboisière, à Baudelocque dans le service de M. PINARD, et les résultats ont été les suivants : 72 femmes guéries, 9 mortes, soit une mortalité de 11,5 %. M. RIBEMONT et M. PORAK sont d'avis que l'on peut, par ce mode d'intervention, obtenir de bons résultats.

CHAHBAZIAN donne le résultat de 6 cas de crânio-

tomie pour fibromes du col. Sur les 6 femmes 5 sont mortes. Mais l'opération la plus grave est l'embryotomie proprement dite pour présentation de l'épaule. L'opérateur peut rencontrer des difficultés insurmontables. Ce qui aggrave surtout le pronostic, ce sont les froissements subis par la tumeur et les parties molles.

La mortalité de l'embryotomie pratiquée dans ces conditions est de 50 %.

Pendant le travail, comme pendant la grossesse, on peut faire la **myomectomie**. Les procédés employés pour la pratiquer sont variables suivant que la tumeur est pédiculée, sessile, interstitielle ou sous-péritonéale.

Si l'on se trouve en présence d'un fibrome pédiculé on l'enlève avec les ciseaux ou en liant le pédicule. Si le fibrome est sessile, on peut se servir de l'écraseur, mais on peut recourir au bistouri.

Si le fibrome est interstitiel, on en fait facilement l'énucléation. Après avoir endormi la malade, on fait une incision sur la partie la plus saillante de la tumeur avec un bistouri, et l'on se sert ensuite des doigts pour énucléer la tumeur. Il n'y a le plus souvent aucune hémorrhagie.

DANYAU fit ainsi, au moment du travail, l'extirpation d'une tumeur de 650 grammes : il fut obligé, pour l'extraire, de la couper en deux. Portant ensuite la main jusqu'à l'orifice utérin, il y trouva un pied, une main et la tête. Saisissant le pied, il fit très facilement la version. L'opération n'avait

duré que 45 minutes. Cette observation est devenue classique.

DEPAUL a enlevé dans les mêmes conditions une tumeur de 1.750 grammes. Il ne fut pas obligé de la couper en deux parce qu'elle était très allongée et en grande partie hors de la vulve.

BRAXTON-HICKS a énucléé au moment du travail un fibrome interstitiel. Voici le résumé succinct de son observation : Multipare en travail depuis 12 heures ; contractions énergiques presque continues ; par le toucher on trouve une tumeur dure occupant toute la partie supérieure du vagin, empêchant d'atteindre la tête qui est au détroit supérieur. Col au-dessus et en arrière de la tumeur.

La sage-femme avait pris cette tumeur pour le siège et un médecin pour la vessie distendue.

B. HICKS pensa que la version pourrait terminer l'accouchement en facilitant l'ascension de la tumeur : première tentative sans chloroforme ; deux tentatives nouvelles après anesthésie : insuccès. Application de forceps ; impossible de saisir la tête.

Il songe à la perforation, à la céphalotripsie mais y renonce à cause de la hauteur à laquelle on trouvait la tête.

Il essaie l'énucléation de la tumeur qui se fait facilement sans la moindre hémorrhagie.

La tumeur enlevée, la tête descend dans l'excavation. Forceps, enfant vivant.

Dans une autre observation due à GUISEPPE-BRANCADORO la femme était en travail depuis 30 heures.

Tumeur fibreuse du volume de deux poings, attachée à la lèvre postérieure du col, empêchant l'accouchement de se faire. Tumeur enlevée sans hémorrhagie. Enfant vivant, guérison de la mère.

RUGH, FISCHER, SYDNEY, TURNER, BEDFORD, WALLACE, KOSCHY d'OSTROWO, LEVER ont publié des observations analogues.

CHAHBAZIAN en a publié le tableau dans sa thèse. Sur 12 femmes, une seule est morte et encore deux mois après de phénomènes septicémiques. Six fois le travail s'est terminé spontanément après l'extirpation, et six fois on a dû recourir à une autre opération qui n'a du reste présenté aucune difficulté.

Pour les enfants, un seul est mort des suites de l'opération, cinq sont nés vivants, un était mort avant l'opération, trois n'étaient pas viables, et pour deux le résultat est inconnu.

En 1888, MUNDÉ préconise la myomectomie vaginale par énucléation ; sur 16 cas qu'il rapporte, deux femmes sont mortes, les enfants sont presque tous vivants. CALDERINI en 1890 eut un résultat heureux. MM. FOCHIER et NODET, en 1897, pratiquent l'extirpation d'un fibrome sous-muqueux du segment inférieur ; l'enfant se présentant par l'épaule, on fit la version avec succès.

En présence de ces résultats, il faut donc tenter au moment du travail, l'extirpation de la tumeur, quand elle devient une cause de dystocie.

Supposons que l'accouchement traîne ; la tumeur ne se déplace pas spontanément et ne peut

être refoulée au dessus du détroit supérieur ; le forceps, la version sont reconnus inutiles ou impossibles ; l'enfant est vivant. L'opération de choix est l'opération césarienne, l'opération de PORRO, l'hystérectomie subtotale ou l'hystérectomie totale.

Opération césarienne conservatrice

A quel moment faut-il la pratiquer ?

Opérer avant le début du travail présente quelques avantages, que nous avons signalés à propos des rétrécissements pelviens, mais cette pratique a des inconvénients : elle expose à agir trop tôt, l'âge de la grossesse ne pouvant être déterminé exactement, ce qui est défavorable à l'enfant ; elle prive l'accoucheur des ressources que la nature possède pour le tirer d'affaire. Aussi cette intervention ne serait-elle permise qu'en présence de tumeurs fibreuses fortement enclavées, adhérentes, pour lesquelles il ne peut être question d'ascension spontanée.

Il nous semble donc plus rationnel d'attendre que la femme soit en travail et de voir ce que peut la nature. Cette expectation a des limites ; trop prolongée, elle est préjudiciable pour le fœtus et elle place la mère dans de moins bonnes conditions pour l'opération césarienne conservatrice, épuisement, infection, etc...

M. LEFOUR a réuni dans sa thèse tous les cas de section césarienne nécessitée jusqu'en 1880 par

une obstruction pelvienne due à des fibromes utérins.

Ces cas sont au nombre de 27 ; 22 femmes succombèrent et l'on ne put avoir que 13 enfants vivants. Dans 4 cas, le fœtus était mort avant l'opération.

C'est là une véritable hécatombe de mères et d'enfants.

TARNIER a signalé 14 cas de césarienne pour fibromes utérins. A part les opérées de MAYOR et de HIRON, toutes sont mortes.

Ces résultats déplorables sont dus à ce qu'on attendait trop longtemps pour opérer et au défaut de précautions antiseptiques ou aseptiques.

En 1890 PESTALOTTA publie un mémoire où se trouvent 18 opérations nouvelles. Ces opérations ont été pratiquées suivant toutes les règles de l'antisepsie et avec la meilleure technique de l'époque. Il y a eu cependant 12 morts, soit une mortalité moyenne de 66 % ; ce chiffre est inférieur à celui de LEFOUR (81,48 %), mais il n'en est pas moins encore très élevé.

Plus récemment APFELSTEDT, ne tenant compte que des opérations faites depuis 1886, a constaté que la mortalité était tombée à 50 %.

La période contemporaine (1890-1900) donne des résultats meilleurs. TURNER a trouvé dans la littérature médicale 14 cas d'opération césarienne pratiquée pour fibromes utérins (GIBB, EVERKE, COE, 1890 ; GRYNFELT, VONOTT, 1891 ; ORLOFF, 1893 ; CULLINGWORTH, REIN, 1894 ; TOTH, HERTRICH,

LÉOPOLD, LECERF, 1895 ; ROSS 1896 ; CHARLES, 1898). Il y eut 3 morts, ce qui fait 21,5 % de mortalité maternelle. Mortalité fœtale : 3.

La mortalité est beaucoup plus forte que pour les rétrécissements du bassin.

La césarienne conservatrice est-elle indiquée dans le cas de fibromes utérins gravidiques ?

Quand on fait une césarienne pour rétrécissement du bassin, on trouve devant soi un utérus sain ; dans le cas de fibromes les conditions sont bien différentes.

La matrice est déjà malade, présentant des masses fibreuses plus ou moins volumineuses dont le développement pourrait dans une nouvelle grossesse donner lieu à des accidents de compression, à des hémorrhagies par inertie utérine.

Ces masses pourraient être envahies elles-mêmes par le sphacèle ou la mortification et l'on n'enlèverait pas ce ou ces fibromes qui pourraient devenir la source de malheurs irréparables ? La césarienne conservatrice ne trouve ici aucune indication, et tout utérus fibromateux doit être extirpé totalement ou partiellement, à moins que l'on ne puisse faire facilement la myomectomie en même temps que la césarienne.

La césarienne conservatrice reste donc, ainsi que l'a dit M. PINARD, en 1897, à l'Académie de Médecine, une opération hasardeuse quand on la pratique, dans les cas de dystocie fibreuse, chez une femme en travail, avec un œuf ouvert. Elle expose la malade à des accidents hémorrhagiques

primitifs ou secondaires et aussi à des complications infectieuses, soit parce que le chirurgien, préoccupé de l'hémostase, néglige au cours de l'opération les précautions antiseptiques (PUJOL), soit parce que, à cause de la présence des fibromes, l'écoulement des lochies et des sécrétions utérines se fait mal.

L'opération césarienne conservatrice ne se trouve indiquée que chez les malades déjà très affaiblies par une maladie antérieure (accidents cardiaques, albuminurie, etc.)

Opération césarienne et castration

La césarienne conservatrice a été quelquefois pratiquée avec ablation des annexes, dans le double but et d'amener la stérilité et de favoriser la régression des tumeurs fibreuses.

TAIT pratique l'opération de BATTEY chez une femme de 34 ans, pour un myome cervical. Succès complet pour la mère et pour l'enfant. Il en fut de même dans les cas de HERTSCH, de LÉOPOLD et ROSS, de VALENTIA et NARCHTUM.

Le nombre de faits est insuffisant pour tirer des conclusions certaines. SCHAUTA considère la castration comme particulièrement difficile et dangereuse dans les cas de fibromes. Sur 45 cas de castration faite pour myomes utérins, il y eut 3 morts, tandis que 30 castrations faites pour d'autres indications n'ont entraîné aucun décès.

GUTTIEREZ (de Madrid) prétend, au contraire, avoir obtenu, dans deux cas, les meilleurs effets de

l'ablation des annexes. Ses 2 opérées ont vu diminuer progressivement leurs fibromes qui étaient interstitiels.

Hystérotomie et Myomectomie

M. MONPROFIT a pratiqué, comme complément de la césarienne, l'ablation d'un fibrome dystocique, arrondi, sous-séreux, du volume d'une tête de fœtus, implanté sur la face postérieure de l'utérus par un pédicule gros comme le pouce.

MACLEOD a de même enlevé, après la césarienne, un fibrome de la paroi antérieure du volume du poing.

Cette méthode est surtout applicable aux fibromes pédiculés. Il n'en est pas moins vrai que, quand elle est possible, c'est une excellente opération, curatrice pour le fibrome, conservatrice pour l'utérus.

Il peut arriver enfin qu'on accouche la femme par la césarienne et qu'on enlève un myome par le vagin.

THUMIN cite 9 cas de section césarienne avec excision ou énucléation de myomes.

Opération de Porro

STORER, le premier, en 1868, à Boston, faisant une opération césarienne pour fibrome dystocique, eut l'idée, pour arrêter une hémorrhagie abondante, d'étreindre dans une double ligature métallique le pédicule utérin et de sectionner l'organe avec l'écraseur au-dessus de ce lien. Mais c'est surtout

PORRO qui a attaché son nom à cette opération en énumérant ses avantages et en indiquant sa technique.

Appliquée à la dystocie par tumeurs fibreuses, elle constitua un progrès énorme : elle permet de sauver la vie de l'enfant et elle est, pour la mère, une opération radicale.

C'est TARNIER qui pratiqua, en août 1879, le second cas d'amputation utéro-ovarique pour fibromes immobiles, remplissant l'excavation. La femme succomba.

Il en fut ainsi dans les trois faits que M. LEFOUR rapporte dans sa thèse.

Une meilleure technique et l'antisepsie aidant, les résultats devinrent meilleurs. M. PUJOL, réunissant les statistiques de LEFOUR, PESTALOZZA et FREUND, cite 21 cas avec 9 guérisons et 12 morts, soit une mortalité de 57 %.

D'après APFELSTEDT, ce mode d'intervention ne donne plus, depuis 1886, que 20 % de mortalité. C'est également le pourcentage indiqué par GUTTIEREZ et LUCAS.

Meilleure est la statistique de M. TURNER qui nous donne 17 opérations de PORRO pratiquées pour fibromes utérins de 1890 à 1900. Ces faits appartiennent à VAN OTT, PRICE, DELAGÉNIÈRE, BLACK, HERMAN, MAYO-ROBSON, FERNANDEZ, KELLY, ELDER, MAYO, SPENCER, WORDEN, DOUGLAS, POLLOSSON, ADENOT, DOLÉRIS, LEPAGE. Sur les 17 opérées une seule a succombé; sur les 17 enfants, 10 ont survécu, 3 étaient morts avant

l'opération et 4 sont morts dans le cours du travail.

On peut ajouter à cette liste, dit M. BOURSIER, les cas de PRYOR (1890), DONAT (1890), le deuxième de POLLOSSON (1896); ils sont rapportés dans la thèse de SÉGUINEAU; le Dr FERRÉ (de Pau) en a publié une observation dans la Revue de Gynécologie, de Pédiatrie et d'Obstétrique de Bordeaux (juillet 1901).

La malade de PRYOR mourut. Soit en tout 21 opérations avec 2 morts, 9 %.

Ces résultats sont meilleurs que ceux de la césarienne conservatrice; avec l'amputation utéro-ovarique, moins de dangers d'hémorragies primitives et secondaires, moins de chances d'infection, puisqu'elle évite la rétention et la décomposition des lochies. De plus elle est curative.

Elle est d'une exécution facile, rapide, ce qui permet de l'appliquer aux femmes fatiguées, même après un long travail.

« Le médecin, dépourvu d'une éducation chirurgicale spéciale, appelé d'urgence auprès d'une parturiente que l'hystérectomie seule peut sauver, devra recourir encore au classique PORRO » (VAUTRIN et SCHUHL).

A côté de ces avantages, l'opération de PORRO a ses inconvénients. MM. PINARD et DELAGÉNIÈRE ont insisté sur la difficulté et parfois l'impossibilité que l'on éprouve à former le pédicule utérin quand la section tombe juste sur la région myomateuse, ce qui arrivera malheureusement trop fréquemment dans les cas de dystocie fibreuse, le plus

souvent occasionnée par des tumeurs du segment inférieur et du col. On a alors l'inconvénient de tailler le moignon utérin en plein tissu pathologique, soit de laisser au-dessous de la surface de section des fibromes du col, dont l'évolution ultérieure peut être la source de nouveaux accidents.

Mais c'est surtout le pédicule qui peut donner suite à de nombreuses complications bien étudiées par M. POITEVIN DE FONTGUYON (Thèse de Bordeaux 1898). Il peut être le siège d'hémorrhagies secondaires, soit par glissement des ligatures, soit par chute de l'escharre. Il peut suppuré, s'infecter, donner lieu à des phlegmons, à des péritonites localisées ou généralisées, à des infections septicémiques graves.

La malade guérie conservera parfois des douleurs, des tiraillements, des troubles de compression vésicale ou intestinale.

Enfin, le pédicule peut être difficile à constituer ; il est parfois si court qu'on ne peut l'amener à la paroi abdominale (BOURSIER).

Hystérectomie subtotale

Nous avons vu, à propos des interventions pendant la grossesse, que l'hystérectomie subtotale gagne de jour en jour des partisans. En est-il de même pendant le travail ? Nous n'avons pas trouvé d'indications bien nettes à ce sujet dans les ouvrages consultés.

Voici ce qu'on lit dans TURNER : « On peut se demander si la subtotale peut trouver des indica-

tions. Si on est sûr que le col ne présente aucune modification pathologique néoplasique ou infectieuse, on pourrait à la rigueur en laisser une faible portion. Ce principe s'appliquerait aux primipares jeunes où des considérations d'ordre spécial, qui ne sont guère admissibles, guideraient l'opérateur dans le choix de tel ou tel procédé pour éviter l'atrophie du canal vaginal. »

Ailleurs le même auteur dit : « L'hystérectomie subtotale semble être à présent l'opération la plus répandue. Elle présente plusieurs avantages en sa faveur : rapidité plus grande que la totale, pas de ces hémorrhagies ennuyeuses de la tranche vaginale. Le moignon du col laissé est si infime qu'il ne compte pour ainsi dire plus. »

Ces considérations paraissent en faveur de l'hystérectomie subtotale.

K. HAUSER a publié une statistique de 22 cas d'opération de PORRO avec 8 morts, soit 36 % de mortalité ; 11 fois le pédicule était externe, 4 décès, soit 28 % de mortalité ; 8 fois il était interne, 4 décès, soit 50 % de mortalité. Cette statistique date de 1891 et ce traitement interne du pédicule ne peut être comparé avec ce que l'on désigne aujourd'hui sous le nom d'hystérectomie subtotale.

Quoi qu'il en soit celle-ci est contre-indiquée si l'on reconnaît que le col est fibromateux et à plus forte raison s'il est infecté. Le mieux alors est d'enlever tout l'organe.

Hystérectomie abdominale totale

Pour supprimer les inconvénients du pédicule externe, les chirurgiens, depuis 1890, préfèrent l'hystérectomie abdominale totale.

Les accoucheurs les suivirent dans cette voie.

En novembre 1890, LANDAU présenta une pièce anatomique provenant d'une femme opérée au terme de sa grossesse pour dystocie causée par un fibrome rétro-cervical. Il enleva l'utérus et les annexes.

Le 17 février 1891, FRITSCH fit l'extirpation totale de l'utérus après section césarienne, chez une femme brightique et éclamptique. La malade mourut le 6^e jour victime de l'état de ses reins.

M. LUCAS rassemble dix cas d'hystérectomie totale pratiquée sur des utérus fibromateux à terme, appartenant à FRITSCH, GUERMONPREZ (1895), VARNIER et DELBET (1896), MOUCHET (1897) REIPI (1897), GUTTIEREZ (2 cas) (1898), BOLDT (1898), VAUTRIN et SCHUHL (1899), DELASSUS (1899).

Il y eut 9 guérisons et 1 mort (FRITSCH). Celle-ci n'est guère imputable à l'opération.

M. TURNER compte 13 cas. Parmi ceux non cités par LUCAS nous signalerons les faits de LANDAU (1890), SMYLY (1894), MACKS (1894), DOUGLAS (1896), JEWETT (1897), WERTHEIM (1899). Il y eut 10 guérisons et 3 morts.

Dans la thèse de M. DROUART, on trouve une observation de DOWMAN (1895).

En 1900, M. EUSTACHE publie une observa-

tion et M. RUDAUX (1900) en communique une autre à la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Poediatric de Paris.

Nous arrivons ainsi à un total de 19 observations d'hystérectomie abdominale totale à la fin de la grossesse ou pendant le travail compliqué de tumeurs fibreuses avec 3 morts (FRITSCH, MACKS, JEWETT).

La mortalité serait donc de 15,8 %, chiffre qui semble au-dessus de la réalité. Si on élimine les 2 morts de FRITSCH et JEWETT, non imputables à l'opération, on a une mortalité de 5,35 %, ce qui est à peu près la léthalité ordinaire de l'hystérectomie abdominale, qui, d'après la statistique de RICARD, serait de 9,65 % pour la totale, et de 4,50 % pour la subtotalé.

Dans son rapport à l'Association française de Chirurgie M. RICARD disait : « Il m'est difficile de mettre en parallèle les mérites comparés de l'hystérectomie totale et de la subtotalé, nous manquons de documents comparatifs. Mais, ici, il me semble que l'hystérectomie totale retrouve ses indications : elle est plus facile et plus rapide que hors l'état de grossesse du fait de la laxité particulière des tissus. Le col utérin ramolli se reconnaît plus difficilement au doigt qui explore par l'abdomen. L'hystérectomie abdominale totale me paraît ici reprendre sa place. »

En 1897, MM. VARNIER et DELBET posaient cette conclusion : « l'hystérectomie abdominale totale nous paraît devoir donner dans le traitement des

fibromes compliquant l'accouchement des résultats supérieurs à ceux de l'opération de PORRO avec traitement extra ou intrapéritonéal du pédicule. » Telle fut également l'opinion émise par M. PINARD à l'Académie de Médecine en 1897.

Dans son rapport au Congrès de Nantes (1901), M. BOURSIER considère l'hystérectomie totale plus radicale et plus curative que l'opération de PORRO; elle ne laisse pas en place un col fibromateux, source possible d'accidents ultérieurs.

« Elle a le grand avantage, dit-il, de supprimer d'un seul coup tous les dangers inhérents au pédicule; elle facilite le drainage vaginal, elle permet d'assurer la fermeture exacte de la séreuse péritonéale.

» L'opération n'est pas plus difficile pendant la grossesse, ainsi que VAUTRIN et SCHUHL l'ont rappelé; l'élévation du col, à la fin de la grossesse, rend plus aisés aussi son accès et son énucléation. »

M. BOURSIER prend soin d'ajouter : « Il ne faudrait pas cependant croire que l'hystérectomie pour fibrome est toujours une opération très simple et sans aucune gravité. La disposition spéciale de certaines tumeurs fibreuses, l'énorme développement des vaisseaux dû à la grossesse, peuvent dans certains cas être une cause de sérieuse difficulté.

Aussi, il n'est pas possible de préconiser plus spécialement tel ou tel procédé opératoire, telle méthode qu'une autre. Suivant la forme et les rapports de la tumeur fibreuse, l'envahissement de telle ou telle région, le chirurgien doit savoir choisir

entre les procédés et adopter celui qui convient le mieux au cas particulier.

Lorsque l'enfant est vivant, l'hystérectomie doit être précédée de l'hystérotomie et de l'extraction du fœtus. M. DELASSUS a enlevé d'un bloc le contenant et le contenu mais il avait méconnu la grossesse. Agir ainsi expose la vie fœtale.

Si le diagnostic de la mort du fœtus est porté d'une façon certaine, il est préférable d'enlever d'emblée l'utérus sans l'ouvrir. On évite ainsi des chances d'infection. Cette pratique rationnelle a été suivie par VARNIER et DELBET, VAUTRIN et SCHUHL, EUSTACHE.

THUMIN vient de publier des statistiques importantes concernant les interventions chirurgicales dans les fibromes gravidiques. Elles sont un complément utile de notre étude.

A. — Amputation supra-vaginale de l'utérus gravide myomateux : 89 cas, 10 décès, 11,2 ‰.

B. — Extirpation totale d'utérus gravide myomateux : 56 cas, 5 décès, 8,93 ‰.

C. — Section césarienne suivie d'amputation supra-vaginale : 49 cas, 6 décès, 12,6 ‰.

D. — Section césarienne suivie d'extirpation totale : 14 cas, 1 décès, 7 ‰.

L'auteur fait remarquer que ses résultats sont à l'avantage de l'extirpation totale sur l'amputation supra-vaginale.

C'est également la conclusion de M. BOURSIER :

« L'hystérectomie abdominale totale, opération radicale et véritablement curative, constitue la

méthode de choix et devra être employée toutes les fois que la chose sera possible, que l'enfant soit vivant ou mort.»

Après avoir vu tous ces chiffres, on pourrait penser que l'intervention chirurgicale est fréquente dans les accouchements compliqués de tumeurs fibreuses. Il n'en est cependant pas ainsi. En 1897, WALENTIA et MARCHTURN n'ont trouvé que 6 cas d'intervention chirurgicale pour fibromes, sur les 24.000 dernières naissances du service de CHROBACK, à Vienne.

En l'espace de 30 ans, il se fit dans les deux maternités de Bordeaux, 25.498 accouchements, dans lesquels on a noté 12 fois seulement l'existence de fibromes compliquant le travail. Or, sur ces douze cas, trois fois l'accouchement s'est terminé spontanément, trois fois une application de forceps, six fois la version podalique sont venues à bout des difficultés. Dans aucun cas on n'a été obligé d'avoir recours à une intervention chirurgicale.

M. PINARD a observé 84 cas de grossesse compliquée de fibromes, l'accouchement s'effectua spontanément 54 fois. L'intervention fut jugée nécessaire 4 fois pendant la grossesse et 24 fois pendant le travail.

Nous ne saurions trop le répéter : la nature possède de nombreuses ressources dans ces circonstances. C'est pourquoi l'intervention chirurgicale ne doit pas être pratiquée avant le début du travail, avant la dystocie confirmée. Toutefois cette expé-

tation a ses limites. Une attente trop prolongée est funeste pour le fœtus et place la mère dans de moins bonnes conditions opératoires.

L'expectation résignée des accoucheurs d'il y a 15 ans doit faire place à l'intervention aussitôt que celle-ci sera jugée nécessaire.

Symphyséotomie

Nous serions incomplet si nous ne rappelions que la symphyséotomie a été employée pour vaincre la dystocie par néoplasmes pelviens divers.

Le premier qui ait recours à cette opération est DURET qui pratiqua à Brest, le 2 février 1779, la section de la symphyse chez une femme qui avait une exostose de la partie latérale droite du sacrum. L'enfant succomba, la mère guérit, mais conserva une fistule urinaire.

Cette observation se trouve rapportée dans BAUDELOCQUE. Le second cas publié par GALBIATI est une opération pratiquée à Naples, en 1807, par BRUNO AMANTIA, pour une exostose qui rétrécissait complètement le bassin ; mère et enfant succombèrent.

VELPEAU (1829-1834), admettait l'emploi de la symphyséotomie, que le rétrécissement « dépende de la barrure d'une exostose ou d'une tumeur solide quelconque placée latéralement. »

Le 8 avril 1882, Novi, à Naples, opéra une femme atteinte d'une tumeur dure obstruant le

côté droit du bassin. Enfant vivant. Mère morte.

BOUCHACOURT (article pubiotomie) croyait aussi à l'indication de cette opération dans les rétrécissements causés par des tumeurs irréductibles et non déplaçables, situées dans l'excavation.

En 1893, M. MAYGRIER pratiqua la symphyséotomie chez une femme en travail, portant une tumeur fibreuse du périoste du bassin. L'accouchement dut être terminé par la basiotripsie. La malade succomba plus tard à une embolie pulmonaire.

REIN, de Kiew, a eu recours également à la symphyséotomie pour un cas de tumeur intrapelvienne. Mais le diagnostic est resté douteux, car dans le cours d'une opération césarienne pratiquée pour une deuxième grossesse, l'opérateur n'a pas pu indiquer d'une façon précise les connexions et la véritable nature du néoplasme.

De tous ces faits il n'en est aucun qui concerne directement et sûrement les fibromes utérins proprement dits.

Il en est de même dans l'observation de M. LEPAGE, que nous croyons unique en son genre.

Femme de 27 ans, mariée à 23 ans. Première grossesse en 1889, sans incident notable; accouchement à terme terminé, après 40 heures de travail, par une application de forceps très difficile. Enfant vivant pesant 2.842 grammes.

Le médecin qui l'avait assistée avait dû constater la présence de la tumeur, car il avait parlé

d'un obstacle de nature particulière pour lequel une opération serait nécessaire.

Seconde grossesse datant de novembre 1891. Pertes de sang à diverses reprises dans les premiers mois de 1892. M. MONOD confirme le diagnostic de grossesse. Dans les premiers mois la malade se plaignit de sensation de torsion, de déchirement et dut garder le lit.

M. LEPAGE l'examine le 13 juillet ; le fond de l'utérus était élevé, mais ce qui frappa surtout M. LEPAGE, c'est qu'il ne pouvait abaisser la tête sur le détroit supérieur pour pratiquer le palper mensurateur.

Au toucher il arriva sur un col très élevé, ramolli, perméable, dévié à gauche, et trouva placée contre la paroi postérieure de l'excavation une tumeur assez élevée, arrondie, de consistance ferme et un peu plus développée à droite qu'à gauche. C'est elle qui empêchait la tête de s'engager.

Le 15 juillet, consultation avec le Dr MONOD. Ce jour-là tumeur plus volumineuse, descendue plus bas dans l'excavation.

A ce moment, rupture de la poche des eaux.

A onze heures du soir, tête amorcée en DT ; l'utérus fatigué ne se contractait plus.

Introduisant la main dans le vagin, M. LEPAGE essaya de refouler la tumeur au-dessus du détroit supérieur, mais ne put y parvenir.

Première application de forceps n'ayant eu d'autre résultat que d'engager davantage la tumeur.

Deuxième application de forceps après essai de

réduction de la tumeur sous chloroforme. Même insuccès.

Symphyséotomie. — Extraction facile d'un enfant vivant pesant 2.897 grammes. Guérison de la mère.

Il s'agissait probablement, d'après MM. LEPAGE et POTOCKI, d'un fibrome siégeant à la partie postérieure du segment inférieur.

La dystocie plus marquée de ce second accouchement a tenu à un développement plus considérable de la tumeur, à l'absence de ramollissement.

Le Dr MONOD avait refusé d'intervenir pendant la grossesse; fallait-il intervenir pendant le travail?

Il est certain que l'ablation ou les tentatives d'ablation par le vagin d'une tumeur dont on ne pouvait préciser ni le siège exact ni la nature eussent été singulièrement audacieuses, sinon imprudentes.

Fallait-il recourir à l'opération césarienne?

LEPAGE a préféré la symphyséotomie, moins grave. « Elle peut être indiquée, dit-il, dans certains cas où une tumeur utérine ou juxta-utérine vient s'engager au-dessous de la partie fœtale et obstrue en partie l'excavation pelvienne sans pouvoir être refoulée en haut. Elle peut de même être utilisée lorsque la tumeur fait partie intégrante des parois de l'excavation. »

La symphyséotomie est-elle bien indiquée dans ces cas?

Quand il s'agit d'une tumeur siégeant sur les parois de l'excavation, on peut admettre qu'en

sectionnant la symphyse on donne au fœtus la possibilité de passer à travers l'excavation élargie. M. MAYGRIER a dû quand même avoir recours à la basiotripsie.

Mais quand la tumeur est implantée sur l'utérus lui-même, la symphyséotomie ne peut plus donner de résultat utile. Elle dilate la ceinture osseuse, mais ne dilate pas le canal cervico-utérin ; or, les tumeurs fibreuses agissent plus souvent par rétrécissement de ce canal que par obstruction du bassin.

Une fois la symphyse sectionnée, il est à craindre en outre que la tumeur ne descende dans l'excavation au-dessous de la tête fœtale et ne rende une application de forceps absolument impossible.

Quand il s'agit d'une tumeur fibreuse obstruant plus ou moins le bassin, on ne peut apprécier exactement le degré de rétrécissement et l'on ne peut par conséquent évaluer de façon précise le degré d'écartement à donner aux os pubiens pour permettre à la tête de s'engager.

La symphyséotomie ne permet pas non plus, dans ces cas, d'enlever la tumeur, cause de dystocie, tandis que par l'incision abdominale il est toujours possible de le faire.

Dans son rapport au Congrès de Moscou (1897) M. VARNIER déclare qu'il est irrationnel de recourir à la symphyséotomie dans la dystocie causée par une tumeur des parties molles.

Tous les accoucheurs adoptent cette conclusion.

Conclusions

Pendant la grossesse compliquée de tumeurs fibreuses, on ne doit pas intervenir comme si ces fibromes existaient seuls.

Les accidents qui commandent l'intervention sont rares : d'où rareté de ces interventions au cours de la grossesse.

En cas de danger menaçant, il faut, au contraire, intervenir.

Les phénomènes pathologiques observés peuvent tenir :

1° à la grossesse seule, comme si elle était exempte de complication de nature fibromateuse ;

2° aux fibromes seuls ;

3° à la coexistence de la grossesse et des tumeurs fibreuses.

Dans le premier cas, l'interruption thérapeutique de la grossesse (avortement, accouchement prématuré) a ses indications et est susceptible de donner de bons résultats. C'est à la grossesse que l'on s'attaque.

Dans les deux autres cas, c'est la tumeur qui sera l'objectif de la thérapeutique.

Le refoulement, sous chloroforme, d'un fibrome enclavé, déterminant des accidents de compression, peut être tenté et réussir ; la grossesse pourra continuer son cours.

En cas d'échec, il faut essayer une opération conservatrice quant à l'utérus, radicale quant au fibrome : la myomectomie abdominale ou vaginale.

Est-elle reconnue impossible, l'intervention radicale s'impose : l'hystérectomie, totale ou subtotale, l'opération de PORRO.

Pendant le travail, l'intervention sera plus souvent nécessaire.

Contre la dystocie d'origine fœtale ou utérine on aura recours aux interventions obstétricales.

Seule la dystocie fibreuse proprement dite, constituée par un fibrome obstruant l'excavation et irréductible, ou par un fibrome s'opposant à la dilatation du col, est passible de l'intervention chirurgicale.

Celle-ci sera pratiquée au début du travail, dès que la dystocie est manifeste, avant toute chance d'infection de l'œuf, avant toute fatigue de la femme.

Les modes d'intervention sont les suivants :

1^o Myomectomie, rendant possible l'accouchement par les voies naturelles.

2^o Opération césarienne conservatrice avec myomectomie.

3^o Hystérectomie subtotale.

4^o Hystérectomie totale, sans hystérotomie si l'enfant est mort.

5^o Opération de PORRO.

La symphyséotomie est à rejeter dans la dystocie fibreuse.

CHAPITRE IX

De l'hystérectomie dans les ruptures utérines

L'accord est loin d'être établi parmi les accoucheurs en ce qui concerne le traitement des ruptures de l'utérus. Plus on lit les mémoires, même les plus récents, parus sur la question, et plus l'on est frappé de la diversité d'opinions, les auteurs préconisant tel ou tel traitement suivant les succès qu'ils ont pu obtenir, dans un certain nombre de cas.

Ce sont ces différentes opinions que nous allons d'abord énumérer ; nous verrons ensuite quelles conclusions il est possible d'en tirer.

Sans vouloir, pas plus maintenant que ci-dessus, ajouter une trop grande importance aux statistiques, c'est encore sur elles que nous devons cependant compter pour asseoir un jugement.

Les résultats obtenus par les divers traitements ont été consignés dans la thèse de FORNÉ (1900).

L'auteur a scrupuleusement rassemblé les cas de ruptures utérines épars dans la littérature obstétricale jusqu'en 1900. C'est par l'analyse de ce travail consciencieux que nous commencerons.

Le traitement des ruptures utérines par l'expectation ne doit être envisagé qu'à titre historique; la statistique de JOLLY le juge suffisamment: 142 morts sur 144 observations.

L'intervention étant indiquée, quelle sera-t-elle? La première indication thérapeutique, en présence d'une femme enceinte, ou en travail, atteinte de rupture de l'utérus, est l'extraction de l'enfant; la seconde indication comprend le traitement de la rupture elle-même.

Pour terminer l'accouchement, nous avons à notre disposition deux procédés:

1. — L'extraction par les voies naturelles.
2. — L'extraction par une voie artificielle, la laparotomie.

1° *Extraction par les voies naturelles.* — De deux choses l'une: ou le fœtus est resté dans la cavité utérine, ou bien il a passé en totalité ou en partie dans l'abdomen.

Dans le premier cas, le col étant dilaté ou dilatable, le bassin normal, l'enfant encore vivant, ce qui est rare, se présentant par le sommet ou la face, tout le monde est d'accord pour recommander le forceps. La tête étant très élevée, on pourrait penser à la version, qui semble facile, en raison de la laxité des parois utérines, mais elle est dangereuse; l'évolution du fœtus risque d'agrandir la plaie uté-

rine. C'est pourquoi la version est contre-indiquée, même dans les présentations de l'épaule.

L'extraction sera faite avec douceur et prudence dans les présentations de l'extrémité pelvienne.

L'embryotomie, quand l'enfant est mort, aura raison des présentations de l'épaule.

La basiotripsie sur l'enfant mort n'est indiquée que dans les cas d'engagement profond de la tête ou bien encore sur la tête dernière qui offre des difficultés pour son extraction.

Le fœtus ayant passé en partie dans la cavité abdominale, quelques accoucheurs conseillent encore l'extraction par les voies naturelles, par la version ou l'extraction manuelle suivant la présentation. En raison des difficultés que l'on peut rencontrer, il vaut mieux s'adresser au procédé suivant.

2^o *Extraction par voie artificielle.* — Cette voie artificielle est fournie par la laparotomie. Elle est indiquée quand le fœtus a passé en totalité dans la cavité abdominale, quand le bassin est rétréci, ou qu'il existe quelque anomalie des voies génitales qui en empêche l'extraction par les voies naturelles (dilatation du col nulle ou insuffisante, sa rigidité).

La laparotomie offre l'avantage d'être applicable à tous les cas de rupture utérine. Elle permet de se rendre un compte exact de visu de l'étendue des lésions, de leur appliquer immédiatement un traitement approprié, de mettre fin à l'hémorrhagie, de prévenir les phénomènes infectieux.

L'objection principale adressée à la laparotomie est d'ajouter un nouvel élément de choc, qui constitue le premier danger pour la malade ; c'est pourquoi malgré tous les avantages et la bénignité relative de la laparotomie aseptique, l'extraction du fœtus par les voies naturelles est encore recommandée.

« Si la rupture, dit M. BUDIN, n'envahit que le » tissu musculaire, et si le péritoine est intact, on » recommande de délivrer la femme par les voies » naturelles et avec les plus grands ménagements » afin de ne pas augmenter la lésion. BANDL » ajoute que s'il existe un coagulum sous-périto- » néal, on doit, autant que possible, faciliter son » évacuation. »

FORNÉ, chaud partisan de la laparotomie, trouve que l'on est autorisé à l'écarter de parti-pris :

1. — Dans les cas de rupture utérine incomplète, sous-péritonéale, dépourvue de toute complication hémorragique ou infectieuse ; cas qui ne justifient certainement pas l'ouverture de l'abdomen.

2. — Dans ceux, très rares, où le fœtus apparaissant à la vulve se montre d'une extraction facile pour l'accoucheur et sans danger pour la mère.

Les statistiques de TRASK et de JOLLY nous indiquent la supériorité de l'extraction par la voie abdominale :

	Mortalité :
TRASK Extraction par voie vaginale	68 %
Extraction par gastrotomie	8,24 %

Guérison :

JOLLY	Extraction par voie vaginale	29 %
	Extraction par gastrotomie	68,4 %

La thérapeutique de la rupture utérine ne comprend pas seulement l'extraction du fœtus, elle s'adresse encore à la rupture elle-même.

Méthodes de traitement de la rupture utérine.

— Nombreux et variés sont les procédés employés par les accoucheurs contre ce redoutable accident. On peut les diviser en deux catégories :

1° *Procédés par voie basse, ou vaginale.*

2° *Procédés par voie haute, ou abdominale.*

Quelle que soit la voie suivie, ces procédés sont ou conservateurs ou entraînent l'ablation partielle ou totale de l'organe gestateur.

Pour arriver à conclure aux indications de l'hystérectomie abdominale dans le traitement des ruptures utérines, nous sommes forcé de passer en revue les différents procédés, de donner quelques statistiques auxquelles, disons-le de suite, nous ne pouvons accorder qu'une importance relative en raison de l'extrême variation de gravité des nombreux cas de rupture que ces statistiques comprennent.

Les procédés par voie basse ou vaginale sont : le *drainage*, les *injections antiseptiques*, le *tamponnement* et l'*hystérectomie vaginale*. Nous laissons de côté la technique de ces méthodes ; nous donnons quelques chiffres empruntés pour la plupart à la thèse de FORNÉ.

Drainage. — Dans une statistique publiée par KLIEN (l'Obstétrique, 1901), l'auteur constate pour les cas de rupture utérine non opérés et traités par le drainage une mortalité de 17 $\frac{0}{100}$. Mais il recommande de drainer avec un tube de caoutchouc, et non avec la gaze iodoformée.

SCHMIT rapporte une statistique de 19 cas de rupture utérine ; 10 sont complètes, 9 incomplètes.

7 drainages ont été faits et ont donné cinq guérisons, pour les ruptures incomplètes. 6 drainages dans les ruptures complètes ont donné trois guérisons.

SCHMIT estime, d'après 160 cas qu'il a réunis, que le drainage donne des résultats supérieurs à l'intervention chirurgicale, pour deux causes : 1° Ce sont les cas les plus graves qui sont soumis à une opération ; 2° Il y a de grandes chances d'infection au cours de l'intervention, parce que l'utérus, qui est souvent infecté, entre en contact avec les anses intestinales et avec le péritoine.

Sauf indication urgente d'opérer, SCHMIT préfère introduire dans la cavité abdominale, à travers la déchirure, des mèches de gaze iodoformée destinées non à tamponner mais à drainer.

La méthode de SCHMIT et SCHAUTA est susceptible de porter l'infection dans la cavité péritonéale ; si l'utérus est septique, la mèche qui le traverse et se perd dans l'abdomen est éminemment disposée à y apporter des germes septiques ; elle ne prémunit donc pas plus contre les phénomènes infectieux que l'intervention chirurgicale.

Elle met encore moins à l'abri de l'hémorrhagie.

FORNÉ, sur 28 cas, trouve 18 guérisons, soit 63,57 %.

Ces résultats sont excellents ; mais il est plus que probable que le drainage a été appliqué à des cas peu graves par eux-mêmes.

Tamponnement. — Si le drainage rencontre aujourd'hui peu de partisans, il n'en est pas de même du tamponnement.

Voici quelque résultats statistiques :

PISKACEK	57 cas	guérison	44 %
LÉOPOLD	6 »	»	50 »
CLINIQUE TAUFER	7 »	»	14 »
MERZ	15 »	»	40 »
FORNÉ	20 »	»	50 »

Soit une moyenne de 39,6 % de guérisons.

La plupart du temps, dit DOORMANN, en 1894, le tamponnement conseillé par DÜHRSEN suffit, c'est la méthode de choix. Mais dans certains cas exceptionnels, la laparotomie s'impose.

SCHULTZ (de Budapest) conseille de tamponner avec de la gaz iodoformée dans les cas de rupture incomplète ; si on a diagnostiqué une rupture complète, il faut faire la laparotomie.

FRANZ trouve que les ruptures incomplètes demandent seulement le tamponnement.

A propos de 4 cas qu'il a observés, qu'il a soumis au traitement conservateur et guéris, BAUR préconise le tamponnement avec la gaze iodoformée (1901).

Dans ses observations, le fœtus avait passé en partie dans la cavité abdominale ; la rupture était complète. Il fit le tamponnement avec la gaze iodoformée et une compression énergique sur la paroi abdominale.

Cinq semaines après l'accouchement les malades sortaient guéries.

BAUR conclut : en cas de rupture utérine complète, avec passage partiel du fœtus dans la cavité péritonéale, si l'hémorragie n'est pas dangereuse et si l'accouchement par les voies naturelles est possible, le traitement conservateur doit être employé et recommandé.

M. TARNIER s'est montré défenseur convaincu du tamponnement ; M. MAYGRIER trouve que c'est une méthode simple et facile qui a donné plusieurs fois des succès. Elle assure l'antisepsie et permet de combattre l'hémorragie.

On voit dans la thèse de BLASART (1900) des observations de MM. BUDIN, BAR, BOISSARD, dans lesquelles est signalé le tamponnement comme méthode thérapeutique des ruptures utérines.

HERBERT SPENCER (juin 1900) lit, à la Société Obstétricale de Londres, un mémoire sur 4 cas de rupture de l'utérus traités avec succès par le tamponnement de la déchirure par le vagin avec la gaze iodoformée. Ce sont les seuls cas dans lesquels il a adopté cette méthode thérapeutique et les seuls qu'il ait vu guérir. Tous les autres, au nombre de 8, se sont terminés par la mort, en quelques

heures, par shock et hémorrhagie, en quelques jours, par septicémie.

Il fit deux fois l'hystérectomie abdominale, l'issue fut fatale.

H. SPENCER met en relief les dangers de l'hystérectomie abdominale chez les malades en état de shock consécutif à la rupture utérine, et il pense que la mortalité par rupture de l'utérus doit être diminuée par l'emploi du tamponnement à la gaze.

Il résume ainsi son opinion :

1. — L'ouverture de l'abdomen est rarement nécessaire, presque uniquement dans les cas où le fœtus a passé complètement ou en grande partie dans la cavité péritonéale. Elle doit être faite rapidement, avec anesthésie locale, et doit être suivie du lavage de la cavité péritonéale avec la solution salée physiologique et de la suture de la plaie, si c'est possible, sinon elle doit être suivie du tamponnement de la déchirure avec la gaze iodoformée et du drainage par le vagin ou par l'abdomen.

2. — L'hystérectomie abdominale n'est presque jamais nécessaire ; quand les ligaments larges sont assez endommagés pour mettre en danger la vitalité de l'utérus, l'hystérectomie vaginale doit être pratiquée.

3. — Toutes les déchirures incomplètes intéressant le ligament large et beaucoup de ruptures complètes doivent être traitées par le tamponnement de la rupture par le vagin avec la gaze iodoformée, après évacuation du sang liquide et coagulé.

Dans la discussion qui suivit cette communication P. HORROCKS fait remarquer qu'il y a une grande différencé entre les cas de déchirure du col et les cas de rupture du corps de l'utérus. Dans deux des faits de SPENCER, la déchirure ne s'étendait pas à la cavité péritonéale. Des cas semblables se terminent souvent bien sans aucun tamponnement et en vérité sans aucun traitement ; le point principal est d'arrêter l'hémorrhagie et de veiller à ce que tout soit fait aseptiquement. HORROCKS a eu plusieurs cas dans lesquels la cavité péritonéale a été ouverte par la rupture et les résultats ont été très satisfaisants dans ces dernières années. Il les attribue non seulement au tamponnement à la gaze, mais à ce fait que l'accouchement est fait aseptiquement.

HERMANN pense que, quand il n'est pas possible de faire la suture complète de la plaie, le tamponnement à la gaze iodoformée est la meilleure méthode. Si la déchirure est située de telle sorte que le tamponnement est impraticable, il pense que c'est l'hystérectomie vaginale qui doit donner le plus de chances à la malade.

Enfin, H. SPENCER arrive, dans la réplique, à la conclusion que les ruptures incomplètes tuent beaucoup plus de femmes que les ruptures complètes, que les ruptures très petites sont tout aussi périlleuses. Et pourtant, même après ces conclusions, il continue à préconiser le tamponnement.

FORNÉ donne ainsi ses conclusions :

« Seules, les ruptures incomplètes internes,

» sous-péritonéales, à pronostic bénin, sans com-
» plication hémorrhagique ou infectieuse, doivent
» être traitées par le tamponnement associé aux
» injections antiseptiques et à la compression abdo-
» minale. Ces diverses méthodes judicieusement
» combinées sont susceptibles d'empêcher l'infec-
» tion de se produire et d'arrêter la légère hémor-
» rhagie qui complique les simples fissures inter-
» nes de la tunique musculaire de l'utérus.

» Mais les conditions changent du tout au tout
» si l'on a affaire à une rupture utérine complète
» intéressant le péritoine. La laparotomie devient
» une nécessité opératoire. »

L'opinion de Ross est intéressante à signaler.
L'auteur divise les cas de rupture utérine en 4
groupes.

1. Ceux qui, de prime-abord, semblent déses-
pérés ; ils s'accompagnent de symptômes classi-
ques, pouls rapide, dyspnée, angoisse précordiale,
nausées, vomissements, sueurs froides.

2. Les cas qui, à cause de l'époque où on les
voit, ont dépassé le moment opportun de l'opéra-
tion, sont devenus mauvais par suite d'un début
de septicémie ou de péritonite, phénomènes qui
attirent l'attention et révèlent ce fait que la rupture
de l'utérus s'est présentée et se présente sans donner
naissance à aucun symptôme précoce qui indique
son existence.

3 La classe des cas dans lesquels la rupture
n'est pas fatale immédiatement, dans lesquels elle
est reconnue de bonne heure, les malades étant

dans de bonnes conditions pour une intervention.

4. La classe des cas qui, je crois, existe, dans lesquels la rupture n'est jamais reconnue, mais dans lesquels se développent sans raison apparente des phénomènes septiques.

Le traitement, d'après Ross, doit être approprié à chaque groupe.

Dans le premier, aucun traitement n'est utile. La malade est mourante avant que le médecin puisse prendre une décision. L'hémorrhagie, le schock amènent la terminaison fatale dans un temps très court.

Dans le second groupe, il faut nettoyer et drainer par le vagin. Une opération abdominale ne peut que donner de mauvais résultats. Il faudrait détacher des adhérences intestinales déjà formées, qui protègent la cavité péritonéale ; on courrait ainsi le risque d'une infection générale.

Dans le troisième groupe, la rupture étant reconnue, la malade supportant le schock et l'hémorrhagie, il n'y a qu'une seule ligne de conduite, à savoir : une inspection complète de la région par une incision abdominale, l'ablation des caillots sanguins dans l'intestin, un arrêt complet de l'hémorrhagie provenant de la plaie utérine par des sutures ou le tamponnement à la gaze, l'établissement d'un drainage abdomino-vaginal.

La suture est à peine recommandable ; elle prolonge l'opération, ce qui a son importance dans la circonstance. Quiconque a l'expérience de ce drame obstétrical doit avoir noté que les bords

de la déchirure sont trop meurtris pour subir la suture ; c'est pourquoi, dit Ross, je préfère le tamponnement à la gaze et je vois ensuite avec plaisir l'utérus revenir à l'état normal.

Faire une hystérectomie dans ces conditions prolonge l'opération, augmente le schock et prive la malade de son sexe.

Injectons antiseptiques. — FORNÉ ne cite que deux statistiques :

KRONER	47 cas	22 guérisons	46	%.
BROSSARD	63 »	30 »	47,6	»

A première vue, ces résultats sont bons, mais les injections antiseptiques n'ont guère été employées que dans les cas de rupture utérine incomplètes, sous-péritonéales, cas qui, comme le dit HORROCKS, guérissent sans traitement.

Les injections antiseptiques peuvent jusqu'à un certain point prévenir les accidents infectieux, mais elles n'ont aucune action sur l'hémorrhagie, et de plus elles exposent à des phénomènes d'intoxication lorsque l'on fait usage de produits antiseptiques toxiques.

Ce procédé employé seul, à l'exclusion de tout autre, n'a pas réuni un grand nombre de suffrages et MERZ, en 1893, le passe sous silence en raison de sa rare application.

Suture de la déchirure par le vagin. — Cette méthode a été mise en pratique par HORROCKS, SCHMAUS, CHOLMOGOROFF ; elle serait bonne s'il était possible d'atteindre par cette voie toute

l'étendue de la déchirure, ce qui arrive rarement pour ne pas dire toujours ; c'est pourquoi elle est inapplicable dans l'immense majorité des cas.

Hystérectomie vaginale. — Proposée par FEHLING en 1895, pratiquée par NEUGEBAUER, l'hystérectomie vaginale pour rupture utérine a été faite par CHROBAK et SOLOWIG, mais DÜHRSEN, WINTER, IWANOW, obtiennent des succès.

H. SPENCER, HERMANN, la préfèrent à l'hystérectomie abdominale quand il est indiqué d'enlever l'utérus.

FRITSCH trouve à l'ablation par le vagin plusieurs avantages : par cette opération, dit-il, les lésions du paramètre se voient mieux qu'au moyen de la laparotomie ; si, après avoir décollé la vessie, on la refoule à l'aide d'une valve, on évite sûrement les uretères, enfin l'abaissement de l'utérus fait cesser l'hémorrhagie. Aussi est-il d'avis que si l'hémorrhagie continue après l'extraction du fœtus par le vagin, l'hystérectomie vaginale est plus rationnelle qu'une opération abdominale.

IWANOW préfère le drainage vaginal, qui permet un écoulement plus facile des liquides et peut être changé plus souvent. SCHROEDER s'est fait également le défenseur de l'hystérectomie vaginale ; d'après lui, elle est moins grave que l'hystérectomie abdominale.

La principale objection à l'ablation de l'utérus par le vagin est précisément d'empêcher de se rendre compte de l'étendue des lésions utérines et

péri-utérines. C'est ainsi que dans l'observation de SOLOWIG, la mort doit être attribuée à l'existence d'une vaste déchirure péritonéale que le genre d'intervention choisie n'avait même pas permis de soupçonner.

L'hystérectomie vaginale pour rupture utérine aurait été pratiquée 6 fois ; 3 opérées guérissent. Elle ne semble donc pas être une opération de choix.

« Les ruptures incomplètes ne réclament pas » une opération si grave ; les ruptures complètes » accompagnées de déchirures plus ou moins » étendues du péritoine exigent d'abord la laparotomie, qui permet de voir les lésions qui » existent et qui constitue le premier temps de » l'hystérectomie abdominale. » (FORNÉ).

Le traitement de la rupture utérine *par la voie haute* ou *abdominale* comprend la *laparotomie*, exploratrice et curatrice.

Elle est indiquée quand l'hémorrhagie persiste, quand il y a infection de l'utérus et du péritoine. LÉOPOLD, FRITSCH, FEHLING estiment que l'on ne peut se rendre maître de l'hémorrhagie que par la laparotomie, qui permet de suturer directement l'utérus.

L'ouverture de la cavité abdominale permet, mieux que toute autre intervention, le diagnostic exact des lésions. L'œil, même inexpérimenté, est bien supérieur en la matière au tact et à l'expérience. Que de ruptures utérines diagnostiquées internes, dit FORNÉ, et pronostiquées bénignes ont

eu pour résultat, contre toute prévision, la mort de la femme. On peut croire quelquefois à une lésion de l'utérus sans importance, à une simple fissure qui n'atteint pas la séreuse et on néglige d'intervenir sérieusement, de faire la laparotomie exploratrice. La malade meurt et l'autopsie démontre l'existence d'une franche rupture utérine complète méconnue.

Dans son mémoire sur le traitement des ruptures utérines complètes, CHRISTEANU s'exprime de la façon suivante :

« Je ne trouve, d'après la statistique des autres » et la mienne, qu'une seule indication : intervention par voie abdominale dans toutes les ruptures complètes de l'utérus et même j'oserais dire dans celles incomplètes. La laparotomie, disent WEISS et SCHUHL, en permettant de constater de visu l'état de la déchirure utérine, permet de proportionner en quelque sorte la gravité de l'intervention à celle des désordres constatés. »

Au congrès de Nantes (1901), M. VARNIER fit l'exposé de ses idées au sujet du traitement des ruptures utérines. Il rappelle d'abord que de 1885 à septembre 1897, il put voir 11 cas de ruptures utérines, traitées par la voie basse ; il y eut 10 morts.

« Vous ne vous étonnerez, pas, dit-il, qu'après » avoir vu sur la table d'autopsie toutes ces ruptures (sauf une cliniquement reconnue par nous, » en 12 ans), les spontanées et les traumatiques, » les petites et les grandes, les incomplètes et les » complètes, nous ayons, mon maître et moi,

» acquis la conviction que la laparotomie exploratrice et réparatrice appliquée de parti-pris à toute rupture diagnostiquée, ne pourrait que donner des résultats meilleurs. » Et en effet, sur 6 laparotomies exploratrices et réparatrices exécutées depuis septembre 1897, M. VARNIER note trois guérisons.

Au point de vue thérapeutique, il combat la division en ruptures complètes et incomplètes pour la raison suivante : « Si l'on peut, en effet, affirmer par le toucher manuel méthodiquement pratiqué, l'existence d'une rupture utérine, il est impossible à l'accoucheur le plus expert d'en apprécier sûrement par ce procédé le degré et l'étendue.

L'étude des observations publiées montre clairement l'impuissance fréquente de se prononcer, la main dans l'orifice de la rupture, sur la question capitale pour les éclectiques de l'intégrité ou de la lésion du péritoine.

Faut-il insister sur ce fait connu que, pas plus que l'exploration manuelle, l'appareil symptomatique, la réaction de l'organisme ne peuvent conduire au diagnostic ferme du degré et de l'étendue de la rupture ? Il est des ruptures complètes qui restent latentes. Il est des déchirures incomplètes, sous-péritonéales, d'apparence insignifiante à la biopsie ou à l'autopsie, qui donnent le tableau symptomatique attribué aux grands traumatismes abdominaux. »

Ces travaux récents marquent une tendance de

plus en plus manifeste chez les accoucheurs à pratiquer la laparotomie dans le plus grand nombre des cas de rupture utérine. Il est permis de s'en dispenser dans les ruptures incomplètes, nettement diagnostiquées, ne s'accompagnant pas de phénomènes hémorragiques ou infectieux ; toutes les ruptures complètes en sont justiciables.

Voyons quelques résultats en bloc :

SCHAEFFER	48 cas	31 guérisons	65,1 %
JAILLE . .	38 »		68,4 »
SCHULTZ .	193 »		44,7 »
PISCACEK .	33 »	17 »	60,8 »
MERZ . .	54 »	26 »	48,1 »
FORNÉ . .	120 »	54 »	45 »

Soit en moyenne 55 pour cent de guérisons.

S'il était permis d'établir une comparaison, on trouverait ces résultats bien supérieurs à ceux du tamponnement (environ 40 % de guérisons).

La cavité abdominale ouverte, le siège des lésions diagnostiqué, ainsi que leur étendue, l'état des lieux étant établi, il s'agit de décider du traitement consécutif. Sera-t-il conservateur, ou comprendra-t-il l'ablation de l'utérus ?

Le traitement conservateur, après laparotomie, comprend le *tamponnement* et la *suture* de la déchirure.

Pour juger de la valeur du tamponnement à la fois intra et extra-utérin, adressons-nous comme M. MAYGRIER à la statistique de MERZ.

MERZ a résumé 39 observations de laparotomie

avec traitement de la plaie utérine, soit par la suture, soit par le tamponnement ou le drainage sans suture. Il a relevé 18 guérisons (46,1 %).

Sur ces 29 cas, la suture utérine a été pratiquée 24 fois, avec 10 succès (41,7 %). Dans les 15 autres cas où l'utérus n'a pas été suturé, il y a 8 succès (53,3 %).

Il semble donc, au premier abord, que la laparotomie, sans suture de l'utérus, soit préférable. Or, si l'on analyse les 24 cas où l'on a suturé la plaie utérine, il s'en trouve 12 dans lesquels l'opération a été faite après que l'enfant avait été extrait par les voies naturelles et 12 dans lesquels la laparotomie a eu pour but l'extraction du fœtus passé dans l'abdomen.

Dans les 12 premiers cas sept femmes ont guéri, soit 58,3 % ; dans les 12 autres, 3 seulement ont guéri, soit 25 %.

De cette statistique, M. MAYGRIER tire les indications suivantes : quand le fœtus aura été extrait par les voies naturelles, si l'on est amené, pour une raison quelconque, à faire la laparotomie, et si l'on se décide à conserver l'utérus, on devra recourir à la suture utérine, qui donne de meilleurs résultats que le tamponnement ou le drainage.

Si, au contraire, le fœtus a dû être extrait par la laparotomie, et si on conserve l'utérus, on devra préférer le tamponnement et le drainage qui donnent de meilleurs résultats que la suture.

M. MAYGRIER demande toutefois des faits plus nombreux pour conclure d'une façon formelle.

Sur 25 cas de rupture utérine traités par la laparotomie sans suture, FORNÉ trouve 14 guérisons (56 %).

« Cette méthode de traitement, dit-il, bénéficie
» surtout des avantages que lui procure la laparo-
» tomie. Elle permet de faire l'hémostase parfaite
» de la plaie et de s'opposer, dans certaines limites,
» à la production d'une infection péritonéale par
» une toilette minutieuse de la grande séreuse
» abdominale. »

Ce sont là évidemment des avantages sérieux qui classent la laparotomie sans suture au nombre des quelques interventions de choix dont sont justiciables les ruptures complètes.

Il n'en est pas moins vrai que la femme reste exposée à une infection secondaire ; de plus, chose importante à noter, la réfection de la paroi utérine ne se fait que par seconde intention, condition défavorable pour l'avenir.

Le tamponnement intra et extra-utérin ne doit donc être fait qu'en cas d'impossibilité de procéder à la suture.

La suture est difficile à faire ; d'un côté l'utérus rétracté, de l'autre des tissus déchiquetés, mortifiés, mous, flasques, saignants.

L'affrontement des parties est très difficile ; il peut être nécessaire de régulariser les bords de la plaie.

La coaptation parfaite des deux lèvres de la déchirure étant possible, l'utérus n'étant pas infecté, on pratiquera la suture comme dans l'opé-

ration césarienne (points profonds pour la musculaire, points superficiels sur la séreuse). On fermera ensuite la plaie abdominale, tout en laissant à sa partie inférieure un espace suffisant pour le passage d'un drain en caoutchouc ou d'une mèche de gaze.

MERZ.	24 observations	10 guérisons	41.7 %
FORNÉ	32	16	50 %

Quoique disent les statistiques, il est évident que la suture est une méthode plus logique que le tamponnement. Elle permet d'obtenir une réunion per primam, elle met mieux à l'abri de l'hémorragie et de l'infection. Aussi, FORNÉ n'hésiterait-il pas à conclure : « à moins de contre-indications » particulières impossibles à prévoir, toutes les » petites ruptures utérines complètes n'ayant » encore donné lieu à aucune infection secondaire, » et dont les bords sont réguliers, peu contus et » point sphacelés, doivent toujours être traitées par » la suture au fil de soie. »

Indications de l'hystérectomie abdominale. —

Les unes sont absolues, les autres sont relatives.

Les indications absolues sont : lésions graves et multiples, contusions, infiltration des parois de l'utérus par du sang épanché ; éversion ; déchirure des ligaments larges ; cavité utérine remplie de détritüs et de liquides putrides, indice de son envahissement par les microbes de la putréfaction ou de la septicémie ; utérus fibromateux, cancéreux ; rétrécissement extrême du bassin ; atrésie vaginale, etc.

Les indications relatives se rencontrent dans les cas que nous avons vus susceptibles d'être soumis au traitement conservateur. Elles dérivent de la solution de la question suivante : Toutes conditions étant les mêmes par ailleurs, est-il préférable d'enlever l'utérus d'une femme qui a une rupture utérine que de lui conserver cet organe ?

« En laissant l'utérus en place, dit CHRISTEANU, on risque d'avoir une infection plus ou moins tardive, qu'on ne pourra plus maîtriser ultérieurement à moins d'enlever l'utérus infecté, soumettant ainsi la femme déjà affaiblie à une deuxième opération. Même si la femme guérit, elle ne pourra plus redevenir enceinte à cause du péril auquel elle serait exposée.

La résistance des tissus étant moindre au niveau de la rupture, nous assisterons à un nouvel accident produit par la même cause que la première ; c'est-à-dire que c'est risquer à coup sûr la vie de la femme. »

CHRISTEANU rappelle à ce sujet la statistique de KRUKENBERG, dont nous avons parlé à propos de l'opération césarienne ; et il cite le cas d'une malade de la Maternité de Bucharest, qui eut à deux accouchements successifs une rupture utérine guérie spontanément ; à un troisième accouchement la déchirure s'étant reproduite de nouveau, la femme succomba.

Le tissu utérin, quoique régénéré, a toujours tendance pendant une nouvelle grossesse à se déchirer de nouveau.

« Nous ne sommes pas enclins, dit M. VARNIER,
» au traitement conservateur, malgré les succès de
» LÉOPOLD et d'autres.

» Lorsqu'une femme, en essayant de reproduire
» l'espèce, a rompu son utérus, elle est bonne, si
» elle en réchappe, à mettre en réforme pour
» blessures graves contractées dans le service.

» Nous ne devons pas exposer à une récurrence
» un utérus ainsi taré. »

M. VARNIER rappelle qu'en 1899 il a donné la preuve de l'action rupturante des cicatrices irrégulières. Il s'agissait d'une femme qui, à un accouchement antérieur, eut une déchirure du col ayant dépassé l'orifice interne et ayant intéressé la région voisine du segment inférieur; la cicatrice détermina une rupture utérine pendant l'accouchement ultérieur.

» Nous nous trouvons ici en cas de rupture
» dans des conditions beaucoup moins favorables
» qu'après une opération césarienne conserva-
» trice, où la réunion per primam se fait naturel-
» lement sur une plaie du corps utérin, longitudi-
» nale, à bords nets, non contus. »

M. VARNIER rappelle à son tour la statistique de KRUKENBERG et il ajoute qu'il a pu réunir dans ces 12 dernières années 15 observations sur la façon dont s'est comporté, pendant la grossesse et l'accouchement, l'utérus antérieurement rompu et guéri. Sur ces 15 femmes, 5, soit 33 %, ont eu une rupture itérative; 3 en sont mortes, soit 20 %.

« Nous craignons, en adoptant la pratique con-

» servatrice de LÉOPOLD, d'enfermer dans le ventre
» une bombe à renversement, un utérus prêt à se
» rompre à nouveau lors d'un accouchement
» ultérieur ; nous nous rallions à l'hystérectomie
» et nous le faisons avec d'autant moins de
» remords que le plus souvent il s'agit de grandes
» multipares qui ont bien mérité le repos. »
(VARNIER).

En résumé, les indications relatives de l'hystérectomie résident surtout dans la crainte d'une nouvelle rupture pendant une grossesse ou un accouchement ultérieurs. Résident-elles également dans un pronostic immédiat meilleur ? C'est ce que nous verrons après avoir étudié les résultats de l'ablation de l'utérus.

*Des différents procédés d'hystérectomie dans
le traitement des ruptures utérines.*

1. — « Toute rupture avec infection de la matrice (cette infection ne serait-elle que probable) réclame sans conteste une hystérectomie ; totale quand l'infection atteint le col, indifféremment totale ou partielle (suivant les tendances personnelles de l'opérateur) dans le cas contraire.

2. — » Toute déchirure complète de l'utérus rendant injustifiable la suture, soit à cause de l'état contus, déchiqueté, sphacélé de ses bords, soit enfin à cause de l'hémorragie abondante et rebelle dont elle est la source, réclame elle aussi une hystérectomie ; totale quand la déchirure descend trop bas pour permettre la formation

» d'un moignon sain, indifféremment totale ou
» partielle (suivant les tendances personnelles de
» l'opérateur) dans le cas contraire. » (FORNÉ).

Il est donc deux méthodes d'hystérectomie abdominale appliquée au traitement de la rupture utérine.

1^o L'hystérectomie totale.

2^o L'hystérectomie partielle.

Celle-ci a été pratiquée de trois façons différentes :

a) Amputation supra-vaginale avec pédicule extra-péritonéal, selon le procédé de PORRO.

b) Amputation supra-vaginale avec abandon du pédicule dans le ventre.

c) Amputation supra-vaginale avec traitement du pédicule, selon un procédé mixte, employé par M. HARTMANN.

Hystérectomie totale

C'est le 2 novembre 1890 que KRAJEWSKI appliqua cette méthode au traitement des ruptures de l'utérus ; il en obtint deux succès.

M. MAYGRIER a réuni 7 cas de rupture où l'on a eu recours à cette opération, il y eut 3 guérisons et 4 morts. KRAJEWSKI, 3 cas ; GROMADZKI, 2 cas ; NATANSON, 1 cas ; JAVINSKI, 1 cas.

MM. WEISS et SCHUHL ont ajouré 6 autres observations ; 1 d'ORTHMANN, 2 de JURINKA, 1 de WEHLE, 1 de PESTALOZZA, 1 de DELAGÉNIÈRE ; 3 de ces opérées ont guéri.

FORNÉ, en 1900, trouve 16 observations; nous en retrancherons celle de M. PINARD, qui n'est pas une hystérectomie totale. Restent donc 15 cas. Parmi les cas nouveaux, nous relevons les noms suivants : cas de COE, LEPAGE, MARS, BRANHAM, LOUSSOT, RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE, BARNSBY et MERCIER (de Tours), FOURNIER (d'Amiens).

En 1901, CHRISTEANU relève 2 cas dus à HERBERT SPENCER, 4 dus à FRANTZ, 1 appartenant à WEISS et SCHUHL, 1 à SCHMIT. L'auteur fait connaître 3 observations personnelles suivies de succès.

CLARENCE WEBSTER publie un cas suivi de mort; DOKTOR a obtenu un succès.

Si nous totalisons, nous arrivons au chiffre de 34 observations d'hystérectomie abdominale totale pour rupture de l'utérus; 16 fois la guérison a été obtenue, soit 47 %.

Pour CHRISTEANU, la seule opération complémentaire de la laparotomie est l'hystérectomie totale. Comme contre-indications, dit-il, il y a le choc, la longueur de l'opération, l'impossibilité de voir clair à cause de la contre-indication qu'il y a à la position de TRENDLENBURG. Quoique l'état de mes malades fût des plus mauvais (péritonite, hémorrhagie abondante qui continuait au moment de l'intervention; que l'opération a été tardive dans deux; qu'elle ait été de longue durée: une heure à 1 heure 1/4), je n'ai rencontré aucun des inconvénients si redoutés. J'ai pu voir clair en me servant de larges écarteurs; j'ai enlevé l'utérus,

suturé les déchirures du péritoine pelvien et colique, arrêté l'hémorrhagie et guéri ces femmes, vouées à une mort certaine. J'ai pris la précaution de faire la toilette sommaire avant de donner la position inclinée et de revenir après l'hystérectomie au lavage minutieux des intestins et de la cavité péritonéale avec du sérum.

J'ai pris la précaution, pour me garantir des syncopes et du choc, de faire avant, pendant et après l'opération, des injections sous-cutanées de sérum en masse.

MARS (de Cracovie) conclut, à la fin de son observation, que l'hystérectomie abdominale totale a sauvé la malade. . .

Le PORRO n'aurait permis, ni d'enlever la partie déchirée du segment inférieur qui aurait dû faire partie du moignon, ni d'éliminer les surfaces infectées capables de produire dans la suite une péritonite septique mortelle.

C'est, ajoute-t-il, dans les ruptures de ce genre, étendues, basses, déjà envahies par l'infection, que l'hystérectomie abdominale totale doit être considérée comme le procédé de choix, le seul susceptible de sauver la malade quasi-irréremédiablement condamnée.

BRANHAM, KRAJEWSKI arrivent à des conclusions analogues ; nous avons donné ci-dessus celles de M. FORNÉ.

D'autres accoucheurs accordent une place moins considérable à l'hystérectomie totale. « Elle est plus rarement indiquée, disent MM. WEISS et

SCHUHL, dans les cas de ruptures utérines que l'hystérectomie partielle. » En effet, le shock, l'hémorrhagie qui accompagnent les déchirures de la matrice déterminent le plus souvent des accidents généraux graves qui forceront le chirurgien à choisir l'opération dont la durée est la plus courte et qui risquent le moins d'augmenter le shock. A ce point de vue l'amputation supra-vaginale est préférable à l'ablation totale, et ce n'est que dans les cas où l'état général est resté bon que cette dernière opération pourra être préférée.

L'hystérectomie totale sera toujours indiquée si la déchirure siège trop bas pour qu'on puisse après l'hystérectomie supra-vaginale fixer le pédicule à la paroi abdominale ; et encore faut-il que les accidents généraux ne soient pas trop pressants : sinon il vaut mieux abandonner le pédicule dans le ventre en faisant un drainage convenable.

Nous devons, cependant, ajouter qu'avec la pratique que nous possédons actuellement de l'hystérectomie totale ou subtotale, nous ne nous résoudrions à cette dernière alternative qu'en désespoir de cause et si l'état de la malade ne permettait pas les manœuvres prolongées de l'ablation totale de l'utérus.

A quelle variété d'hystérectomie doit-on recourir, dit M. VARNIER ?

« Ce serait vouloir jouer la difficulté que de recourir en pareil cas à l'hystérectomie totale. Qui-conque a vu de près l'état de dilacération et d'infiltration sanguine du petit bassin comprendra qu'au

point de vue de la rapidité de son exécution, — si importante en ces états de schock — la meilleure opération sera l'hystérectomie subtotal, c'est-à-dire l'ablation par une section horizontale (qui souvent ne sera que le complément d'une rupture transversale greffée sur la longitudinale) de la portion d'utérus déjà partiellement détachée du col habituellement intact. Après quoi on pourra quelquefois, lorsque les lésions ne se propagent pas au loin, qu'il n'y a pas de déchirures ou de décollements étendus du péritoine, extérioriser le pédicule à la façon de PORRO.

Le plus souvent, vu les délabrements sous-péritonéo-pelviens, il sera sage de se comporter comme HARTMANN. »

C'est seulement quand il y a infection et délabrement du col, que le drainage doit être établi après hystérectomie totale préférée au PORRO. (WINCKEL).

Hystérectomie partielle

La première opération de PORRO pour rupture de l'utérus a été pratiquée par PRÉVOT, à Moscou, en 1878.

En 1893, MERZ a rapporté 15 cas de rupture de la matrice traités par ce mode de traitement ; il y a eu 8 succès, soit 53,3 % de guérisons.

M. MAYGRIER a rassemblé 39 observations d'amputation de l'utérus, avec 17 guérisons, soit 43,5 %.

FORNÉ arrive à un total de 48 observations d'opération de PORRO, avec 18 guérisons.

Pour établir son pourcentage, il retransche 4 cas sur lesquels il manque de renseignements précis ; il obtient ainsi une moyenne de 41 %.

Nous avons trouvé quelques cas nouveaux publiés depuis la thèse de FORNÉ.

MARI pratiqua une fois avec succès l'opération de PORRO pour une déchirure du segment inférieur ; l'enfant avait été extrait par les voies naturelles.

M. BRINDEAU emploie ce procédé et la malade guérit.

Il en est de même de MM. WEISS et SCHUHL.

Une opérée de FRANTZ succomba : il avait employé le traitement intra-péritonéal du pédicule.

On trouvera à la fin de ce travail une observation de MM. GAULARD et BUÉ, qui ont également pratiqué avec succès l'opération de PORRO classique dans un cas de rupture utérine.

Dans le fonctionnement de la maison d'accouchement BAUDELLOCQUE, de 1900, nous trouvons une observation de PORRO due à MM. PINARD et PAQUY. L'opérée guérit. Elle est également citée dans le rapport de M. VARNIER au Congrès de Nantes, en même temps que 5 autres faits d'amputation sus-vaginale de l'utérus ayant donné deux guérisons.

Si nous totalisons en tenant compte d'un cas commun aux statistiques de FORNÉ et de VARNIER, nous avons en tout 53 observations d'hystérectomie partielle avec 24 guérisons, soit 45,3 %.

Si l'on s'en rapportait exclusivement aux statistiques on ne pourrait que conclure que l'hystérectomie partielle est inférieure à l'hystérectomie totale (45,3 au lieu de 47). Il faut, dit FORNÉ, dans l'appréciation des statistiques récentes, tenir compte de ce fait, que l'opération de PORRO est réservée par nombre d'opérateurs à des cas graves pour lesquels cette opération constitue la dernière ressource. Si nous voulions, en effet, nous donner la peine de défalquer les nombreux cas dans lesquels l'état de la femme était désespéré avant toute intervention, la mortalité opératoire réelle baisserait considérablement.

Enfin, nous ferons observer en dernier lieu que le pourcentage des succès croît de plus en plus à mesure qu'on se rapproche davantage de l'époque actuelle.

« L'opération de PORRO peut être indiquée dans
» les ruptures complètes, sises au niveau du
» corps. Elle présente des avantages au point de
» vue de l'exécution ; mais ce procédé a l'énorme
» désavantage d'une infection tardive fatale du
» moignon, malgré toutes les précautions antiseptiques.
» Dans la chirurgie abdominale actuelle, le
» PORRO est presque abandonné. Impossible à
» exécuter dans les ruptures des culs-de-sac et de
» la partie inférieure de l'utérus, il a l'inconvénient
» de ne pas permettre le drainage vaginal,
» qui m'a rendu d'énormes services dans mes
» 3 cas. » (CHRISTEANU).

L'infection du moignon n'est pas aussi fatale

que le veut bien dire CHRISTEANU ; si elle survient elle est rarement grave en raison des adhérences qui s'établissent autour du pédicule et qui limitent l'extension du processus infectieux.

L'infection du col ne nous paraît pas une indication absolue à l'hystérectomie totale ; il sera toujours facile de stériliser ce moignon cervical par la voie vaginale, à l'aide des injections, des cautérisations, et même du curettage.

WINCKEL considère l'opération de PORRO indiquée quand la déchirure est compliquée et à bords mâchés.

« Si les désordres sont graves, c'est à l'hystérectomie supra-vaginale que nous aurions recours » de préférence parce qu'elle est plus rapide, parce qu'elle permet d'arrêter presque instantanément une hémorrhagie menaçante et qu'elle est certainement suivie d'un choc moins intense que l'hystérectomie abdominale totale. » (WEISS et SCHUHL).

Nous avons signalé ci-dessus l'opinion de M. VARNIER et nous pouvons dire que si, pour des chirurgiens, des accoucheurs rompus à la pratique des opérations abdominales, opérant dans des cliniques bien installées, avec des aides également initiés, pourvus d'un outillage instrumental perfectionné et complet, l'hystérectomie totale est le procédé de choix, il n'en est pas toujours ainsi. Pour qu'une opération soit conseillée à l'exclusion de toute autre comme traitement d'un accident tel que la rupture utérine, il est nécessaire qu'elle soit

à la portée de tout le monde. Ce n'est pas le cas pour l'hystérectomie totale. Tous les praticiens ne sont pas des chirurgiens accomplis, ils ne peuvent choisir leur lieu d'opération. Une rupture utérine se produit chez le pauvre comme chez le riche, à la campagne comme à la ville, à des distances quelquefois considérables de toute assistance. Une laparotomie est urgente ; le médecin hésitera moins à pratiquer l'opération de PORRO que l'hystérectomie abdominale totale. Quelques instruments que tout praticien possède, une ligature élastique suffisent ; l'intervention est plus facile, plus rapide et, en quelques instants, la malade est à l'abri de la mort par hémorrhagies, ce qui n'est pas un minime avantage.

Afin d'annihiler les chances d'infection du pédicule on peut avoir recours, dans certains cas, au traitement intra-péritonéal du pédicule, tel que le pratiquent les chirurgiens dont la tendance manifeste est de substituer à l'hystérectomie totale l'hystérectomie sus-vaginale ou sub-totale, qui présente sur la première certains avantages.

Et d'abord, elle dispense d'ouvrir le vagin qui, malgré les lavages les plus consciencieux, n'est jamais stérile et constitue une source d'infection possible ; elle est en outre plus facile, car il est incontestablement plus aisé de couper transversalement le col que de désinsérer le vagin.

L'hémostase qu'elle nécessite est plus simple et plus rapide.

Dans l'hystérectomie totale la section de la

tranche vaginale donne sinon beaucoup de sang, du moins du sang par plusieurs artéριοles qui nécessitent chacune une ligature et sont souvent difficiles à pincer.

Dans l'hystérectomie subtotale, la section porte au-dessus de ces branches vaginales et intéresse uniquement le tronc de l'utérine qui remonte le long du bord de l'utérus. Il suffit en général d'une ligature de chaque côté. L'hémostase est donc plus simple, l'opération plus rapide, les chances de suintement consécutif moins grandes.

Enfin, dans cette opération, le fond du vagin reste constitué par le col, ce qui est meilleur qu'une cicatrice fragile et douloureuse.

Ce sont là des avantages incontestables que M. FORNÉ a soin de signaler.

Craint-on l'infection par le pédicule abandonné dans le ventre, il faut s'adresser au procédé de M. HARTMANN que nous décrirons :

Il extériorise le moignon et le draine après fermeture périphérique de la cavité péritonéale.

Un grand nombre d'avantages plaident donc en faveur de l'hystérectomie partielle ; sa principale contre-indication consiste dans l'extension de la déchirure au col tout entier et aux culs-de-sac vaginaux. Mais même dans ces cas, il est possible de réparer la lésion des culs-de-sac par une suture appropriée et de traiter la déchirure du col par le tamponnement vaginal, ainsi que nous l'avons fait ; et l'hystérectomie partielle leur est encore applicable.

MM. LEPAGE et GROSS ont employé ce procédé ; la femme mourut de septicémie péritonéale.

Envisagée au point de vue des résultats obtenus par les diverses méthodes, cette question de la thérapeutique des ruptures utérines est très complexe. La statistique générale donnée par KLIEN n'est pas pour l'éclaircir ; cependant, pour être aussi complet que possible, nous nous faisons un devoir de la reproduire.

Cet auteur, étudiant le traitement opératoire et non opératoire de la rupture utérine, base son travail sur 381 cas de rupture de l'utérus réunis dans la littérature médicale ; 14 cas seraient inédits. Ce travail fait suite à celui de MERZ et s'étend de 1880 à aujourd'hui.

A. — *Cas de rupture utérine opérés*

Il y a 149 cas, avec 83 guérisons (56 %) et 66 morts, (44 %). Sur ce nombre il y a :

133 laparotomies avec 73 guérisons (55 %)

et 60 morts (45 %)

2 laparotomies suivies de l'hystérectomie vaginale avec 2 guérisons.

7 hystérectomies vaginales avec 4 morts.

7 sutures par le vagin avec 3 morts.

1 opération extra-péritonéale, avec succès.

Les causes de la mort, dans les cas opérés en général, ont été l'hémorrhagie, dans 45 % des cas, l'infection dans 55 %.

Pour la mortalité dans les laparotomies, l'hémorrhagie entre pour 42 %, l'infection pour 58 %.

B. — *Cas de rupture utérine non opérés*

Il y a 198 cas :

Sur ce nombre, il y a 96 guérisons (48 %)
102 morts (52 %)

Ces cas se décomposent de la sorte :

Faits laissés sans aucune espèce de traitement :

	mortalité	73 %
Faits traités par le drainage :	»	17 %
» » tamponnement :	»	52 %
» » l'irrigation :	»	45 %
Les causes de la mortalité sont :		
	hémorrhagie	58 %
	infection	48 %
	embolie	2 %

C. — Si on compare les résultats entre les cas opérés et les cas non opérés, on voit que la mortalité est de 44 % dans les cas opérés ; de 39 % dans les cas non opérés (en déduisant les cas dans lesquels la malade a été laissée sans aucune espèce de traitement et où la mortalité est très élevée).

En cas d'abstention, la meilleure méthode de traitement est le drainage. Mais ce drainage doit être fait avec un tube de caoutchouc, mais non avec la gaze.

Pour les ruptures complètes, la mortalité est à peu près la même, qu'on opère (46 %) ou qu'on n'opère pas (44 %). Dans les ruptures incomplètes, les meilleurs résultats sont fournis par l'opération (Mortalité 29 % au lieu de 37 % pour la non opération).

Conclusion

Les chiffres de KLIEN ne peuvent être d'aucune utilité pour nous aider à conclure ; ils sont sensiblement différents de ceux que nous avons déjà signalés. Nous avons donc bien raison de dire qu'en fait de rupture utérine surtout les statistiques ne peuvent être que d'une utilité très relative. Le traitement ne doit pas être un, il doit varier suivant les cas, s'inspirer des circonstances de l'heure présente.

Il n'en est pas moins vrai qu'à l'heure actuelle, en face d'une rupture utérine, complète ou incomplète, diagnostiquée, la plupart des accoucheurs pratiquent la laparotomie, suivie d'hystérectomie.

L'hystérectomie totale n'est indiquée que quand le col est par trop déchiré, rendant toute réparation facile et rapide impossible. Encore faut-il que l'état de la malade permette l'intervention.

Plus souvent on a recours à l'hystérectomie supra-vaginale ; suivant les circonstances dépendant de la nature et de l'étendue des lésions, tantôt on fera l'hystérectomie subtotale, telle qu'on la pratique en gynécologie, tantôt on emploiera la technique de HARTMANN, c'est-à-dire la fixation rétro-pariétale et l'extériorisation du moignon, avec drainage.

Enfin, dans la pratique courante, l'opération de PORRO classique, avec drainage surajouté, trouvera ses indications, en raison de sa simplicité qui la met à la portée de beaucoup de praticiens.

CHAPITRE X

Indications de l'opération césarienne dans la dystocie consécutive aux opérations pratiquées sur l'utérus.

Les opérations pratiquées sur le col de l'utérus avec une technique et une asepsie défectueuses peuvent amener une rigidité particulière dont il a été déjà question. Nous ne connaissons pas d'observation, dans laquelle il fut nécessaire de pratiquer l'opération césarienne. M. PINARD a cependant publié un fait malheureux de rupture utérine consécutive à une opération, mal faite, sur le col. L'opération césarienne suivie de l'amputation utéro-ovarique eût pu trouver son indication.

Plus fréquente est la dystocie causée par les opérations de fixation de l'utérus, qu'il s'agisse de ventro-fixation ou de vagino-fixation.

Hystéropexie abdominale antérieure ou ventro-fixation

NOBLE a rassemblé 165 cas de grossesse après

ventro-fixation ; il y eut 60 accouchements à terme avec dystocie ; 3 fois on dut faire l'opération césarienne.

MILAENDER a noté 2 opérations césariennes sur 74 cas de femmes devenues enceintes après l'hystéropexie, dont 54 sont arrivées à terme.

DORLAND, sur 179 cas, trouve que l'opération césarienne a été indiquée 6 fois.

VILLENEUVE a réuni 134 cas de grossesse après hystéropexie ; sept fois on dut avoir recours à l'opération césarienne.

CRAGIN a dû faire une opération césarienne chez une femme qui avait subi la ventro-fixation. Il en est de même de BATCHELOR.

DICKINSON a eu recours à la même intervention dans les mêmes circonstances ; il rapporte que NOBLE a pratiqué une fois l'opération de PORRO, que la section césarienne a été faite une fois par GUBAROFF, POLTOWITZ, MILLER, PINZANI, par BITONE, 3 fois, dont deux sur la même malade ; WERDER l'a faite une fois.

GUÉRARD, MACKENRODT et NOBLE, ont vu survenir la rupture utérine par tension excessive de la paroi postérieure de l'utérus.

Cet accident, résultat de la fixation en avant de la paroi utérine antérieure, peut exiger à son tour l'amputation de l'utérus.

Sur 10 cas d'opération césarienne, CHARLES (de Philadelphie) l'a pratiquée trois fois à cause d'une ventro-fixation antérieure.

L'auteur en conclut que cette opération est à

rejeter chez toutes les malades pendant la période d'activité génitale:

Ces observations montrent suffisamment qu'en dehors des accidents et complications de l'hystéropexie abdominale pendant la puerpéralité, accidents que nous n'avons pas à étudier, il existe du fait de cette opération une véritable dystocie exigeant la section césarienne.

Dans un cas de ce genre, VICARELLI a dû faire porter l'incision sur la paroi postérieure de l'utérus.

Quelle est la cause de la dystocie consécutive à l'hystéropexie abdominale antérieure ?

L'observation suivante publiée par M. RUDAUX va nous l'apprendre :

Une femme de 26 ans est amenée, le 5 octobre 1898, à Beaujon, parce qu'elle a des contractions douloureuses depuis 4 jours.

Elle a subi, en 1896, une laparotomie pour ablation d'un ovaire, la ventro-fixation et l'amputation du col.

La grossesse actuelle remonte au 15 février, elle est donc de huit mois environ. L'abdomen est volumineux ; il y a de l'hydramnios ; le fœtus est petit et vivant.

Par le toucher vaginal, à quelque profondeur qu'on enfonce l'index et le médius, on ne peut sentir le fond du vagin : impossible de se renseigner sur la présentation et l'état du col.

Le lendemain, anesthésie, toucher manuel. La main dans le vagin n'en trouve pas le fond. Elle constate qu'au niveau de l'angle sacro-vertébral le

calibre du vagin diminue tout à coup pour se continuer avec un canal plus étroit aplati d'avant en arrière, à l'extrémité supérieure duquel la main ne peut pénétrer à cause du peu d'espace qui existe entre le col utérin et l'angle sacro-vertébral.

Un doigt seul peut y passer et il nous apprend qu'au fond et un peu à gauche existe une cicatrice que l'on suppose cacher l'orifice cervical.

Donc, position vicieuse de l'utérus et modification du col, après une intervention telle que la dilatation paraît ne pouvoir se faire, et qu'on peut craindre une rupture utérine.

L'opération de PORRO est décidée, l'enfant vivant pèse 2.870 grammes ; la mère est guérie.

L'utérus, fixé en avant, n'a pu se développer que par sa face postérieure, ce qui a été d'autant plus facile que la multiparité a relâché sa musculature. L'antéversion s'accroissant avec la distension de l'utérus, la région cervicale est entraînée en haut et en arrière, abandonnant l'excavation pelvienne.

L'amputation du col a remplacé le tissu souple de cet organe par du tissu cicatriciel rigide, ayant d'autant moins de tendance à se dilater que l'orifice qu'il limite n'occupe plus le grand axe de l'utérus et qu'il n'est plus en rapport avec la vacuité de l'excavation pelvienne.

Hystéropexie vaginale ou vagino-fixation

Comme la ventro-fixation, la vagino-fixation est susceptible de créer des difficultés au cours de l'ac-

couchement. Sur 95 grossesses, d'après DEMELIN, 76 sont arrivées à terme; 73 fois, l'accouchement eut lieu par les voies naturelles; 3 fois, il fut impossible et on dut faire l'opération césarienne, soit dans 4 % des cas.

PAPE dut faire une opération césarienne après vagino-fixation; de même RUHL.

KALLMORGEN publie un mémoire :

« Des obstacles à l'accouchement après vagino-fixation comme indication à l'opération césarienne. »

Une femme devient enceinte deux ans et demi après l'hystéropexie vaginale; la miction est douloureuse au début; au septième mois, il y a menace d'avortement. A la fin de la grossesse, la paroi vaginale se rapprochait de plus en plus du promontoire.

Au moment de l'accouchement, après quinze heures de travail on constata que l'on se trouvait en présence d'un mécanisme anormal, ne pouvant pas se terminer autrement que par une intervention chirurgicale.

En effet, tandis que la lèvre antérieure de l'orifice utérin, et la partie, fixée au vagin, de la paroi antérieure de l'utérus, ne prenaient aucune part dans la dilatation du col, la lèvre postérieure et toute la paroi postérieure de l'utérus s'étaient, par contre, dilatées outre mesure. Il en résultait que pendant le travail, l'axe longitudinal de l'utérus devenait horizontal, et le fœtus, placé dans la position oblique, était poussé anormalement et

s'appuyait contre la partie fixée de la paroi antérieure de l'utérus.

A cette impossibilité d'un accouchement spontané, il fallait ajouter la menace de rupture de la paroi postérieure de l'utérus.

L'auteur fit l'opération césarienne, l'incision porta sur la paroi postérieure de l'utérus ; mère et enfant vivants.

BERNDT rapporte l'histoire d'une malade opérée de vagino-fixation et qui devint enceinte.

La grossesse fut normale jusqu'à terme ; après 48 heures de travail, la parturiente est amenée à l'hôpital.

L'excavation pelvienne est complètement occupée par une tumeur ronde, dure et tendue, augmentant de volume à chaque contraction ; le col est en avant, au-dessus de la symphyse, difficilement accessible au doigt ; l'orifice est complètement fermé. La tumeur de l'excavation est la partie postérieure du segment inférieur de l'utérus tendue et amincie à l'extrême.

BERNDT fit, avec succès pour la mère et l'enfant, l'opération césarienne conservatrice. Il estime que la vagino-fixation doit perdre du terrain à cause des troubles graves survenant pendant l'accouchement chez les opérées. C'est une opération à ne pas pratiquer pendant l'activité sexuelle.

CHAPITRE XI

De l'hystérectomie dans l'infection puerpérale aiguë

Nous abordons une question toute d'actualité, encore sujette à discussion et encore loin d'être résolue. En raison de l'intérêt qui s'y rattache, nous croyons devoir reprendre cette étude de façon aussi complète que possible et de signaler, en suivant l'ordre chronologique, les opinions émises par les accoucheurs et les chirurgiens.

La première hystérectomie pour infection puerpérale aiguë fut pratiquée en 1886 par SCHULTZE, d'Iéna, qui fit l'opération supra-vaginale, suivant le procédé de PORRO, pour rétention placentaire et septicémie puerpérale. « Le col était si étroit, que même dans une profonde anesthésie, un doigt seulement pouvait le franchir. La tentative de détacher par ce moyen le placenta déjà fétide dut être abandonnée. » La malade, opérée le sixième jour après un accouchement au septième mois d'un fœtus mort récemment, guérit.

SCHULTZE pose ainsi les indications de l'intervention :

1. — On a dû reconnaître une source continue d'infection de l'utérus pour laquelle on ne peut intervenir efficacement par les voies naturelles.

2. — Il faut qu'on ait reconnu que dans l'utérus se trouve l'unique source d'infection menaçant la mère.

3. — Il faut exclure les cas où il y a des foyers centraux d'infection septique, telles que thromboses, embolie.

Deux ans plus tard, SKUTSCH pratiqua avec succès la même opération, pour une rétention placentaire dans un utérus dont le col s'oppose à la pénétration du doigt.

En 1889, ROOSEBURG (de la Haye) fit l'hystérectomie vaginale pour rétention placentaire avec putréfaction.

Cette opération lui semble indiquée dans les cas de septicémie puerpérale où la première désinfection utérine n'a pas donné de résultat, où le diagnostic est devenu certain par un début de péritonite, et où les rapports du pouls et de la température font poser un diagnostic défavorable.

SIPPEL fit avec succès l'amputation supra-vaginale avec pédicule extra-péritonéal d'un utérus renfermant quelques débris placentaires.

Jusqu'ici les opérateurs n'ont agi qu'en présence de rétention placentaire partielle ou totale.

Mais, en 1893, GOLDSBOROUGH (de New-York) pratiqua l'amputation utéro-ovarique avec traite-

ment extra-péritonéal du pédicule, dans un cas de métrite puerpérale. La malade, opérée le 5^e jour après l'accouchement, guérit.

La question de l'hystérectomie dans l'infection puerpérale, par rétention placentaire, fut discutée, à la Société Obstétricale et Gynécologique de Paris, le 8 mai 1890, à propos d'une observation de M. KLOPATOWSKI : accouchement suivi de rétention placentaire et d'infection putride ; les moyens ordinaires furent employés, mais sans succès, pour rompre les adhérences placentaires. « Puisque, » dit l'auteur, ni les doigts ni la curette ne peuvent » vider l'utérus, ne vaut-il pas mieux recourir à » l'opération de PORRO ? »

PAJOT admet que, dans un cas pareil, où tout échoue, on est en droit de penser à une pareille intervention : pour M. GUÉNIOT, la question de l'opération de PORRO ne peut se poser que pour les cas de fusion intime entre le placenta et le tissu utérin ; pour les autres, il préfère la curette et les injections ; M. DOLÉRIS est du même avis ; l'opération de PORRO est un peu expéditive et prématurée quand il reste des moyens qu'on n'a pas tentés. Et M. BUDIN se montre partisan du pétrissage avec les doigts du tissu cotylédonaire que l'on détache ainsi par petits morceaux.

En 1892, MM. MAYGRIER et DEMELIN, frappés des résultats déplorables de la rétention placentaire dans l'avortement multiple, des difficultés insurmontables que le col peut opposer à l'introduction des doigts, du long temps que demande la

dilatation, de l'impuissance de la curette à enlever un délivre aussi gros et souvent adhérent, considèrent l'opération de PORRO comme rationnelle. En supprimant l'utérus, foyer d'infection, elle offre à la femme quelques chances de salut.

En 1893, M. BOUILLY pratique l'hystérectomie vaginale au dixième jour pour un cas d'infection puerpérale.

L'utérus renfermait quelques débris placentaires. La malade succomba 4 jours plus tard.

Le premier travail d'ensemble paru en France sur la question est la thèse de M. WINTREBERT (1895).

Elle renferme 10 observations. Nous n'en retiendrons que 6, 4 observations ayant eu lieu un temps assez éloigné après l'accouchement et ne rentrant plus dans le cadre de l'infection puerpérale aiguë proprement dite.

Sur les 6 interventions, nous notons : 4 amputations supra-vaginales avec pédicule extra-péritonéal : il y eut 4 guérisons ; 2 hystérectomies vaginales, avec 1 guérison et 1 mort.

Les indications de l'hystérectomie dans l'infection puerpérale seraient, d'après M. WINTREBERT :

1. — L'infection utérine.
2. — Infection limitée à l'utérus et à ses annexes, intégrité des organes voisins.
3. — Pas d'infection sanguine.
4. — Inefficacité des moyens de traitement par les voies naturelles.

Le moment de l'intervention est plus difficile à apprécier. Cependant, après les injections intra-

utérines et le curettage, quelques phénomènes vont nous conduire à l'intervention radicale. Ce sont : la réapparition, la persistance ou l'exacerbation de la température, la fréquence et la petitesse du pouls, les frissons, la dyspnée, l'aggravation progressive de l'état général, le facies utérin, la réapparition d'écoulements fétides par le vagin. L'hystérectomie répond à la même indication que le curettage : l'ablation d'un foyer d'infection.

Seulement, ici, ce foyer est plus étendu, plus profond ; il a pénétré la fibre musculaire et n'est plus accessible aux antiseptiques placés dans la cavité utérine ; il n'est pas seulement intra-muqueux, il est parenchymateux ou mieux intra-musculaire ; c'est la seconde étape de l'infection dans la profondeur de l'organe. Dans ce cas, l'unique ressource est l'hystérectomie.

La rétention placentaire, totale ou partielle, qui se complique souvent d'accidents graves, réclame une intervention radicale précoce.

On peut distinguer dans les cas de rétention trois modes cliniques, qui conduisent tous trois à l'ablation. Ou bien le col est fermé et inextensible, ne permettant pas de sentir le placenta avec les doigts, empêchant le curage et la délivrance artificielle ; ou bien le col est ouvert, mais le curage n'arrive pas à débarrasser l'utérus des lambeaux adhérents ; ou encore, le doigt, placé dans l'utérus, perçoit un défaut de consistance si grand du tissu utérin que l'on peut redouter la perforation utérine en se servant de la curette.

Parmi les contre-indications, M. WINTREBERT signale : la péritonite généralisée, l'infection généralisée, l'affaiblissement extrême du sujet.

En 1896, MM. PINARD et WALLICH apprécient les observations de M. WINTREBERT et écrivent : « La lecture de ces observations montre que l'intervention opératoire a été une tentative désespérée tantôt heureuse, tantôt malheureuse, mais nous ne trouvons pas dans ces faits la formule d'un traitement chirurgical à opposer aux accidents infectieux dans les premiers jours des suites de couches ; on peut se demander en outre si, dans un certain nombre de ces cas, le curage, le curettage, l'irrigation continue, employés méthodiquement suivant nos indications, n'auraient pu éviter des interventions aussi importantes. »

Dans les cas de septicémie, avec rétention placentaire, à notre point de vue, tout n'a pas été tenté si, avant de faire une laparotomie et une ablation de l'utérus, on n'a pas cherché, à l'aide des merveilleux moyens dilateurs que nous possédons aujourd'hui dans la série des ballons de M. CHAMPETIER DE RIBES, à produire une dilatation suffisante pour faire le curage avec les doigts et non pas avec une curette, comme cela a été tenté avant les hystérectomies.

L'hystérectomie, l'ablation d'un utérus profondément infecté, peut sembler rationnelle, mais à quel moment opérer ? Si l'on opère avant les accidents graves, témoignant d'une infection générale, on s'expose à enlever beaucoup d'utérus

inutilement dans des infections qu'un curettage ou même une simple infection intra-utérine aurait pu faire disparaître. Enlever l'utérus quand les accidents prouvent que l'infection est généralisée, sera-ce une intervention suffisante et en tous cas inoffensive ?

En résumé, il n'existe pas de traitement chirurgical des accidents précoces de l'infection puerpérale en dehors des procédés que nous avons recommandés (injections intra-utérines, curettages), et qui sont en somme des moyens chirurgicaux.

Si l'hystérectomie, dans ces conditions, est peu pratiquée, en France, à cette époque, elle l'est davantage à l'étranger.

HANKS (1894) pratiqua la laparotomie, l'ablation de l'utérus et des annexes par la voie abdominale dans un cas d'infection puerpérale. Guérison.

PRYOR (1895) fait avec succès l'hystérectomie abdominale totale pour infection puerpérale aiguë.

WETBRILL préfère l'hystérectomie vaginale et TUTTLE considère que l'infection puerpérale est une indication limitée de l'ablation de l'utérus.

D'après CARTELEDGE, l'intoxication par les matières putrides peut être guérie par le curettage, les injections antiseptiques et le drainage.

Dans l'infection proprement dite, due aux germes pathogènes, on réussit le plus souvent en nettoyant énergiquement et de meilleure heure possible le canal génital.

Mais si l'on soupçonne la propagation du pro-

cessus dans les couches profondes de l'utérus, et ici les signes les plus importants sont les hautes températures du soir, avec rémission matinale, un pouls élevé, alors l'hystérectomie est nécessaire.

LAPHORN SMITH, HOLMES sont d'avis de faire l'hystérectomie quand le mal augmente malgré un curettage soigneux et les irrigations intra-utérines. Car l'infection a envahi les parois utérines, les lymphatiques.

CHARLES P. NOBLE ne croit l'hystérectomie indiquée que dans les cas où l'état général de la malade dénote qu'un danger imminent la menace.

PRICE, DA COSTA ne sont pas partisans de l'ablation de l'utérus.

CRAGIN (1896) distingue 3 stades de maladies septiques :

1. — La maladie se borne à l'endothélium, alors le traitement local de celui-ci est indiqué.

2. — L'infection est généralisée et l'opération ne donne rien.

3. — La maladie est bornée à l'utérus, et aux annexes : alors, hystérectomie vaginale.

La même année, MM. HARTMANN et VARNIER pratiquent l'hystérectomie abdominale totale pour rétention placentaire; la malade succombe.

WINSBERG, ayant pratiqué une hystérectomie dans un cas d'infection puerpérale aiguë, trouve le corps et le fond de l'utérus mous, le segment inférieur tout à fait fermé, le canal cervical bien clos. Dans la corne gauche, il y avait une portion de tissu placentaire de 2 à 4 centimètres. La surface

libre était rugueuse et irrégulière, sa face adhérente étant organisée et très fermement fixée à la paroi utérine. Même les ongles des doigts ne pouvaient la détacher.

Il y avait là une indication formelle d'enlever l'utérus.

D'une façon générale, d'après VINEBERG, c'est surtout le pouls qui doit guider l'opérateur. Dépasse-t-il, malgré le curettage, les irrigations et un traitement approprié, 130 pulsations, et devient-il faible et petit, il faut procéder à l'hystérectomie. Il n'y a pas à hésiter si l'on voit le péritoine intéressé et manifestant son atteinte par un certain degré de distension abdominale.

CARPENTER est plus catégorique : dès qu'on est sûr que la malade est atteinte de fièvre puerpérale, dès qu'on se trouve en présence du deuxième frisson, l'hystérectomie est indiquée. Il n'y a pas d'autre alternative.

Pour MM. RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE, l'hystérectomie abdominale, qui a donné quelques succès, ne serait vraiment rationnelle que si l'on pouvait enlever l'utérus source d'infection, avant que les micro-organismes partis de là ne soient répandus dans toute la circulation lymphatique ou veineuse.

A propos de 3 faits d'hystérectomie vaginale, avec un succès, dus à M. TUFFIER, M. BONAMY a recueilli et publié dans sa thèse 31 observations d'hystérectomie totale ou partielle pour infection puerpérale aiguë.

3 faits regardent des cas de rétention placentaire : 2 PORRO (SCHULTZE, SKUTSCH), 1 hystérectomie vaginale (ROOSEMBURG), 3 guérisons.

4 hystérectomies ont été pratiquées comme complément de l'opération césarienne sur des utérus infectés.

Trois guérisons, une mort.

Il reste donc 24 hystérectomies faites pour métrite puerpérale aiguë véritable.

Dans sept de ces observations on note la rétention de débris placentaires plus ou moins considérables, il y eut six guérisons.

Au total, M. BONAMY note 20 guérisons sur 31 cas. S'appuyant sur cette brillante statistique, l'auteur cherche à poser les indications de l'hystérectomie.

Le moment de l'intervention est difficile et délicat à préciser. Agir trop tôt serait un crime, dit-il, agir trop tard serait compromettre le succès de l'opération.

Anatomiquement, nous savons que l'hystérectomie doit être faite au moment où les streptocoques ont envahi le muscle utérin, franchi la muqueuse et avant qu'ils aient infecté toute l'économie.

Cliniquement, ce moment peut-il être précisé ?

Il n'y a pas de signe net, précis, et il est nécessaire de passer en revue un ensemble de circonstances, de phénomènes et de symptômes utiles.

1. — *Inefficacité des moyens employés jusqu'aujourd'hui.* — Echec du curettage, caractérisé par un tracé thermique progressivement ascendant, par

une agitation du poulx, une aggravation de l'état général. C'est là une preuve que l'infection n'est plus cantonnée à la muqueuse utérine. L'hystérectomie est indiquée.

2. — *Aggravation des symptômes généraux.* —

Poulx irrégulier, dépressible, fuyant, rapide. Température progressivement ascendante.

Frissons répétés ; respiration accélérée, facies terreux, langue sèche, rôtie. Cet ensemble de symptômes impose l'ablation de l'utérus.

3. — La cause de l'infection doit être un grand poids dans la décision : la rétention placentaire partielle ou totale, avec adhérences telles que ni le doigt ni la curette ne peuvent arriver à détacher le tissu placentaire du tissu utérin, est une indication formelle.

4. — La péritonite généralisée serait une indication à l'hystérectomie : on enlève ainsi le foyer d'infection, on lave le péritoine et on draine.

Comme contre-indications, l'auteur signale une infection ne provenant pas de l'utérus, la septicémie suraiguë, la pyohémie, une intoxication si profonde, une faiblesse de la malade, une mort si prochaine, qu'il semble inutile de tenter une opération qui arrive trop tard.

M. BONAMY préfère l'hystérectomie vaginale à l'hystérectomie abdominale.

Dans le traité d'accouchement de TARNIER et BUDIN, M. BRINDEAU consacre quelques lignes à la question : « Il est des cas où l'hystérectomie semble avoir sauvé les malades. Il s'agissait presque

toujours d'utérus profondément infectés, remplis d'abcès lymphatiques.

Il est bien difficile de préciser l'indication de cette grave opération chez les accouchées infectées. On admet généralement qu'elle peut être proposée quand, à la suite d'un ou deux curettages bien faits, on ne voit ni la fièvre s'abaisser, ni les signes d'infection s'atténuer.

Rappelons enfin qu'elle doit être pratiquée dans les cas de rétention placentaire quand il est impossible d'extraire l'arrière-faix par les voies naturelles, ce qui est rare du reste. »

En présence de l'échec des moyens habituels de traitement de l'infection puerpérale, on s'est demandé, dit M. DEMELIN, s'il n'y avait pas lieu d'entreprendre davantage pour essayer de sauver des malades si compromises.

On a pratiqué la laparotomie pour vider et laver le péritoine enflammé et même suppuré, on a aussi enlevé l'utérus soit par la voie vaginale, soit par la voie abdominale. Aujourd'hui on tend à s'en tenir à l'hystérectomie abdominale.

Elle est d'un pronostic grave, chez une femme atteinte d'infection puerpérale, et elle a besoin d'être appuyée sur des raisons majeures pour être légitimée.

D'autre part, elle ne doit pas être exécutée trop tard pour être suivie de succès.

Le point délicat est donc d'établir les indications. On peut procéder par élimination et mettre de côté les circonstances dans lesquelles l'opération

est contre-indiquée. Nous pouvons citer les suivantes :

Lorsque l'infection est localisée exclusivement à la vulve et au vagin ;

Lorsqu'il existe une septicémie généralisée ;

Lorsque l'infection, datant déjà de plusieurs jours, et même de plusieurs semaines, un abcès de la fosse iliaque s'est déclaré, appelant l'incision classique au-dessus de l'arcade crurale et parallèlement à elle ;

Lorsque, dans le cours d'une infection puerpérale durant déjà depuis quelque temps, se sont manifestées des complications viscérales (broncho-pneumonie, pleurésie, endocardite), les abcès multiples de la pyohémie ;

Lorsqu'il existe de la phlegmatia alba dolens ;

Lorsqu'enfin la localisation utérine étant nettement prouvée, la maladie revêt des allures bénignes.

Parmi les indications, la plus sûre vient de l'inefficacité des moyens employés. L'exemple suivant peut être regardé comme typique.

Une femme accouchée depuis 4 ou 5 jours est prise de fièvre avec ou sans douleurs du bas-ventre, mais avec altérations des lochies et tous les signes affirmant la localisation utérine. Les injections intra-utérines, faites avec tous les soins désirables, ont été inefficaces, on a fait alors un curage digital et un curettage avec écouvillonnage et tamponnement intra-utérin, et la température est restée élevée et le pouls rapide ; il ne faut pas temporiser

longtemps, et les observations cliniques montrent souvent que huit jours après un nettoyage utérin demeuré sans résultat, une intervention plus radicale a elle-même échoué. Il y a donc lieu de se déterminer rapidement.

Doit-on faire immédiatement l'hystérectomie ou bien doit-on faire un nouveau curettage ?

Si malgré un premier curage ou curettage, les signes d'infection utérine persistent (aspect septique et odeur fétide des lochies, présence dans la cavité de l'organe des débris constatés par le toucher profond, etc.), si en même temps l'état général, quoique fébrile, reste satisfaisant, il y a temps pour faire une seconde tentative du même genre ; si, au contraire, l'état général est mauvais, alors que les lavages utérins ne ramènent plus de lambeaux membraneux ou autres, et que le toucher profond fait reconnaître ou bien une surface muqueuse lisse et unie ou, au contraire, hérissée de débris placentaires excessivement adhérents et ayant résisté à la curette, un nouveau curettage est d'avance condamné et il faut faire autre chose.

Le facies étant pâle, abattu, le thermomètre à 40° ou au-dessus, le pouls petit, dépassant 120 ou 130, l'hystérectomie abdominale paraît indiquée sans nouvelle temporisation.

Une hystérectomie peut être indiquée d'emblée dans quelques cas exceptionnels : à la suite d'un avortement ou d'un accouchement, une délivrance incomplète a déterminé des accidents infectieux graves, le col est infranchissable au doigt, aux

ballons dilatateurs, l'hystérectomie d'emblée s'impose.

Le col est franchissable, mais il y a des adhérences solides du placenta, les accidents infectieux ont une marche inquiétante, l'hésitation n'est pas davantage possible.

L'infection peut exister dans l'utérus avant l'accouchement, dans la putréfaction fœtale intra-utérine. Si les accidents infectieux résistent aux nettoyages utérins, le lendemain ou le surlendemain une ablation radicale s'impose.

M. DEMELIN a mis sa théorie en pratique ; c'est dans des conditions semblables, qu'il fit avec succès une hystérectomie abdominale totale.

La péritonite partielle ou généralisée est passible de la laparotomie, suivie de l'hystérectomie, à moins que la malade très affaiblie ne paraisse incapable de supporter le choc d'une ablation de l'utérus.

M. DEMELIN passe enfin en revue les symptômes généraux dont il étudie la valeur sémiologique au point de vue des indications de l'intervention radicale.

La température n'est pas un guide très sûr, une élévation thermique à 40° peut céder à une injection intra-utérine. Une courbe thermométrique en plateau autour de 40° exprime fréquemment que l'accouchée est aux prises avec une septicémie très grave, contre laquelle l'hystérectomie a peu d'influence. Les grandes oscillations quotidiennes, 40° le soir, 37° le matin, se rencontrent d'habitude

dans les formes phlébitiques. La laparotomie vient trop tard quand il y a des abcès ou des complications splanchniques. En conséquence, faut-il se hâter d'enlever l'utérus dès la deuxième ou troisième oscillation thermique ? Se fonder sur ce seul symptôme serait imprudent, car beaucoup de malades guérissent après une semaine ou plus de fièvre revêtant cette allure. Un document de quelque valeur vient de la marche que présentent les oscillations. Si la température du soir, quoique toujours élevée, va en s'abaissant régulièrement, on peut temporiser. En cas contraire, surtout s'il y a des frissons répétés avec des accès fébriles, il est permis de discuter l'opportunité de l'hystérectomie.

Le pouls est un guide beaucoup plus sûr que la température dans l'évaluation pronostique des accidents puerpéraux. S'il reste fort, régulier, bien frappé et à 120 ou au dessous, le danger n'est pas imminent ; si au contraire le pouls est dépressible, petit, plus ou moins arythmique, si surtout il atteint ou dépasse 130 par minute on n'aura pas longtemps à temporiser. La pâleur du visage, la fixité du regard, la stupeur, le délire, plaideraient en faveur d'une intervention radicale à la condition toutefois qu'on n'eût pas attendu trop longtemps.

Nous avons tenu à rapporter complètement les idées de M. DEMELIN, parce qu'il est le premier, parmi les accoucheurs, qui ait essayé de donner quelques indications, basées sur des symptômes cliniques, locaux et généraux, de l'hystérectomie dans l'infection puerpérale aiguë.

Il est à remarquer, en effet, que ce sont les chirurgiens qui, jusqu'aujourd'hui, se sont le plus occupés de la question ; nous trouvons en effet, dans les bulletins de la Société de chirurgie, des communications intéressantes émanant de plusieurs membres de la Société, chacun s'efforçant de préciser dans plusieurs symptômes cliniques le moment de l'intervention.

Et d'abord, l'hystérectomie est-elle justifiée ?

Pour justifier l'ablation de l'utérus, dit M. TUFFIER, il faut montrer que son parenchyme infecté est la seule cause des accidents toxi-infectieux, qui menacent les accouchées. L'anatomie pathologique des pièces enlevées permet seule d'établir cette justification.

Dans les faits de CRAGIN, PENROSE, DAVIS, STINSON, BEAUSSÉNAT, GOFFE, CHAMPETIER de RIBES, PROCHOWNICK, PICQUÉ, TUFFIER et BONNAIRE, on trouve des abcès dans la paroi utérine, qui, dans quelques cas, est comparée à une véritable éponge purulente.

A côté de ces faits, dans lesquels l'utérus était simplement infecté, il en est d'autres où l'infection était compliquée de rétention placentaire adhérente.

L'infection peut être facilitée ou aggravée par la présence de fibromes ou d'un cancer.

Il y avait des fibromes dans les cas de STAHL, de DODERLEIN, de PROCHOWNICK, d'OLSHAUSEN, de SCHULTZE. L'infection était compliquée de cancer dans le cas de MITTERMAIER ; enfin PROCHOWNICK a pratiqué l'hystérectomie vaginale

pour infection causée par une môle hydatique que des tentatives de curettage avaient été impuissantes à extraire.

Donc, l'anatomie pathologique justifie l'ablation de l'utérus dans certains cas.

La clinique, par la guérison des malades, par la disparition parfois immédiate des accidents septicémiques après l'opération prouve que l'utérus était la seule source de la toxi-infection.

La constatation précise de ces faits permet de conclure que l'hystérectomie pour infection puerpérale ne doit pas être rayée de la thérapeutique chirurgicale, si rares et si difficiles à poser que soient ces indications.

Quelles sont ces indications ?

Il n'y a pas de discussion pour les cas de métrite aiguë septicémique, compliquée de la présence d'un placenta adhérent, d'une annexite suppurée, d'un fibrome spbacélé, ou même d'un cancer.

En cas de métrite septique seule en cause, la question est beaucoup plus difficile à résoudre.

Dans les quatre cas de M. TUFFIER, le traitement habituel, lavages, curettages, sérothérapie, avait échoué, la température se maintenait et surtout le pouls, petit, rapide, mou, comme dans les accidents toxi-infectieux de haute gravité.

On pourrait donc dire, tout autre moyen ayant échoué et la malade étant mourante, vous devez intervenir ; cette formule simpliste ne peut être admise parce qu'elle ne tient pas compte du moment opportun de l'intervention.

Il y a chez ces infectées une limite très restreinte de résistance ; si on la laisse trop s'abaisser, tout devient inutile.

C'est assez dire quelles incertitudes planeront peut-être longtemps sur les indications de l'intervention, sur son moment opportun.

TUFFIER cite un total de 45 interventions qui ont donné en bloc 28 guérisons et 17 morts.

L'auteur semble fonder quelque espoir sur l'examen du sang ; en effet, PROCHOWNICK a voulu résoudre la question par l'hémo-diagnostic. « Toutes les fois, dit-il, que vous trouverez dans le sang du streptocoque, vous devez pratiquer l'hystérectomie, cette streptococcie étant l'expression d'une pyohémie dont le point de départ est dans l'utérus. »

D'après ROCHARD, on a comme guide la température, le pouls et surtout la résistance de l'accouchée ; il faut aussi tenir compte de l'état de régression de l'utérus. Les utérus infectés font mal leur involution, ils restent plus gros qu'ils ne devraient être, étant donné le nombre de jours écoulés depuis l'accouchement.

M. MAUCLAIRE trouve qu'il est difficile de trouver dans l'état actuel de la science un signe certain et constant pouvant servir d'indication.

Cependant la légère fixité de l'utérus, l'absence de régression, la sensibilité utérine, et une certaine défense de la paroi abdominale comme dans l'appendicite, la persistance de la fièvre, un pouls fréquent, peu tendu, un facies un peu jaunâtre,

une légère dyspnée, seraient autant de signes un peu vagues forcément, car ils ne peuvent pas dire si l'infection est déjà généralisée ou si elle est encore localisée à l'utérus. Quoi qu'il en soit, ces signes suffisent pour imposer la nécessité d'enlever le foyer d'infection, et de drainer le petit bassin par l'hystérectomie abdominale totale.

M. PICQUÉ est d'avis que parmi les variétés de l'infection puerpérale il en est une, la variété hypertoxique, qui est due à une infection primitive et massive et qui tue avant que des lésions locales aient eu le temps de se produire.

Celle-ci n'est pas justiciable des moyens chirurgicaux.

Il est d'autres formes d'intensité moyenne qui constituent les variétés lentes ou tardives de l'infection et sur lesquelles on peut et on doit agir.

Elles procèdent le plus souvent d'une rétention placentaire, déterminant des lésions de la paroi utérine dans un utérus normalement sain, lésions déjà décrites par M. TUFFIER.

Le problème consiste à rechercher les signes cliniques qui permettront de reconnaître la présence de collections de ce genre dans la paroi utérine et fourniront en conséquence une indication de l'hystérectomie.

Soit une femme qui présente de la température peu de temps après sa délivrance, on la curette une première fois puis une seconde, la température ne s'abaisse pas ; et cependant il n'y a ni annexite ni complications pulmonaires.

L'exploration utérine avec le doigt, toujours facile dans ces cas, indique que la paroi utérine est lisse et ne contient plus de débris.

La température, dès lors, ne peut tenir qu'à deux causes : à une septicémie générale ou à un abcès pariétal.

La septicémie générale de moyenne intensité doit céder à la médication interne, aux bains froids; si elle ne cède pas, on a le droit de penser qu'il existe un foyer de suppuration et que ce foyer est dans la paroi.

C'est donc la persistance de la température qui constitue le meilleur signe de présomption en faveur de la lésion et du traitement qui lui convient; un second signe important, indice de l'infection de la paroi et de l'intervention chirurgicale, est le défaut de régression de l'utérus et la perméabilité persistante de l'orifice interne.

M. PICQUÉ signale enfin une autre forme de l'infection puerpérale, la *gangrène de l'utérus*.

Découverte par SLAVJANSKY, elle est décrite par BECHMANN, en 1900. Elle est également connue en Amérique par HIRST, qui la désigne sous le nom de nécrose utérine.

Cette gangrène, dont BECHMANN rapporte 40 observations et 15 cas personnels, peut être partielle ou totale et s'accompagne, en général, d'infiltration purulente de la paroi et de la présence du streptocoque dans son épaisseur. Les parties gangrénées représentent des portions nécrosées de tissu conjonctif et de muscles atteints de dégéné-

rescence graisseuse. C'est une lésion grave présentant une mortalité de 25 % due à la perforation ou à l'infection et qu'il est très important de reconnaître pour intervenir à temps.

Les accidents semblent débiter de suite après la délivrance surtout quand celle-ci a été instrumentale.

L'utérus reste gros, remonte à deux doigts au-dessus de l'ombilic longtemps après l'accouchement ; il est sensible à la pression et la pression exercée à la surface donne lieu à l'issue d'un flot de liquide.

Peu de jours après l'accouchement, ce liquide a une coloration brune et noire de café, une odeur forte ; plus tard, il devient jaune sale, puis purulent, d'odeur gangréneuse, caractéristique.

Il n'est pas rare de rencontrer des gaz dans la cavité utérine.

Le doigt pénètre facilement dans la cavité utérine, il perçoit la portion nécrosée, en voie de se détacher ou le gonflement de la paroi elle-même.

Le pouls varie de 110 à 120, la température oscille autour de 39 degrés. La langue est sale ; il y a de l'anorexie et de la constipation.

La guérison peut se faire spontanément par élimination, sans perforation de la paroi de la portion nécrosée.

En raison de sa gravité, 25 % de mortalité, l'intervention radicale est indiquée ; nous verrons plus loin l'opération préconisée par HIRST dans ces circonstances.

M. TERRIER a pratiqué plusieurs fois sans succès l'hystérectomie dans l'infection puerpérale ; malgré ces résultats, il estime que c'est une bonne opération qui doit être faite d'urgence.

Il cite le cas heureux de M. GOSSET.

Au cours de cette intéressante discussion à la Société de Chirurgie, plusieurs voix s'élèvent contre l'intervention radicale.

M. REYNIER doute fort du succès de l'hystérectomie dans l'infection à streptocoques, qui reçoit plutôt un coup de fouet du fait de l'intervention. Il y a ici généralisation trop rapide pour être influencée heureusement par l'ablation de l'utérus.

C'est principalement M. RICARD qui a protesté contre l'hystérectomie. En raison de l'importance de son argumentation, nous citerons presque textuellement.

M. RICARD établit d'abord deux catégories bien distinctes d'infections puerpérales :

Dans le premier groupe, il fait rentrer les infections nettement localisées, infections en général tardives (métrites, annexites, collections pelviennes, plus ou moins étendues), celles qui s'accompagnent d'une lésion locale, fibrome, cancer, rétention placentaire, rupture utérine. Dans tous ces cas, l'accord est unanime sur l'opportunité d'une intervention chirurgicale, dont on peut discuter le moment d'application.

« Le véritable intérêt de la discussion porte sur » une deuxième catégorie de faits, sur ces cas d'infections puerpérales avec accidents locaux nuls,

» du moins en apparence, accidents en général
» précoces et succédant de près à l'accouchement
» ou à l'avortement. »

« C'est pour ce genre d'infection que l'indication
» opératoire est discutable, difficile et même im-
» possible à établir. »

« En présence d'une femme qui vient d'accou-
» cher et qui est atteinte d'accidents infectieux
» graves, quelle est l'indication de l'hystérectomie
» totale qu'on nous propose ? »

Le retard de la régression de l'utérus ne saurait constituer une indication de quelque utilité.

« Trouverons-nous cette indication dans l'étude
» du pouls, de la température, dans l'examen de
» l'état général ? »

Pour se renseigner, M. RICARD a examiné des statistiques importantes de plusieurs maternités.

Il a réuni 2.640 cas d'infection chez des accouchées dont la température a oscillé de 38 à 40° et au-dessus. Or, la mortalité totale de ces 2,640 cas est de 105, soit environ 4 %.

En ne prenant que les cas où la température a dépassé 39°, M. RICARD a relevé 850 faits. En conservant le même chiffre de mortalité totale de 105, on a une moyenne de 13 %.

En mettant de côté certains cas de mort subite, de mort par embolie, par hémorrhagie, etc, qui sont survenues chez des malades ayant à peine dépassé 38°, en éliminant les morts dues à des accidents éclamptiques, à des opérations césariennes, à des opérations de PORRO, à des hysté-

rectomies abdominales, on arrive à trouver que la mortalité véritable des infections puerpérales graves oscille autour de 10 %.

Donc 90 % des malades infectées gravement dans les suites de couches guérissent par les soins ordinaires, écouvillonnage, curettage, injections intra-utérines.

M. RICARD montre 40 courbes de température de malades sérieusement infectées, qui ont toutes guéri sans intervention chirurgicale.

Ce n'est pas par l'examen de la température que l'on peut faire le départ entre les malades qui doivent guérir à l'aide des moyens usuels, et celles qui, destinées à mourir, auraient du être opérées.

Quant au pouls, dit M. RICARD, il suit la température : il devient rapide, filant et mou, à mesure que le thermomètre monte.

Il n'y a dissociation entre ces deux symptômes qu'à la période agonique, il est alors trop tard pour opérer.

Enfin, rien n'est plus vague qu'une indication tirée de l'état général, éminemment variable suivant les malades ; l'examen du sang ne peut être d'aucune utilité. Chez ces malades le streptocoque n'apparaît dans le sang que très rarement et presque toujours à la période agonique.

« Le jour où l'on trouvera un signe nous permettant d'affirmer que l'infection est limitée au paremchyme utérin, et qu'il y a lieu d'enlever ce foyer d'infection, ce jour-là on pourra discuter les indications et les contre-indications de l'hys-

» térectomie. L'intervention est assez meurtrière,
» dans les conditions où elle se présente, pour
» qu'elle ne soit pas abandonnée au seul hasard
» d'une impression personnelle.

« Aussi, je conclurai en disant que, dans l'état
» actuel de la science, l'hystérectomie n'a pas
» encore trouvé d'indication suffisante pour pou-
» voir être proposée comme traitement de l'infec-
» tion puerpérale aiguë. »

M. SEGOND considère comme devant être très rares les indications de l'hystérectomie dans les septicémies post-partum, sans localisation péritonéale ou annexielle. Depuis dix ans à la clinique BEAUDELOCQUE, pas une seule fois ne s'est présentée l'indication de traiter une septicémie puerpérale par l'hystérectomie.

La chirurgie, au contraire, reprend ses droits lorsque l'utérus n'est plus seul en cause et que les accidents septiques relèvent d'une suppuration pelvienne quelconque.

Dans son livre « Chirurgie des annexes de l'utérus, » M. FAURE traite ce sujet. Il ne voit pas, au point de vue théorique, une seule objection à faire au traitement de l'infection puerpérale par l'hystérectomie.

Au début du mal, lorsque l'infection gagne peu à peu l'épaisseur de l'organe, envahit les sinus utérins, l'enlèvement de l'utérus peut débarrasser l'organisme d'un foyer toxique menaçant que le curettage le plus énergique n'aurait pu suffire à stériliser.

Plus tard, lorsque l'infection est généralisée, lorsque le streptocoque est dans le sang, le foie, les viscères, l'hystérectomie ne peut être d'aucune utilité.

Or, nul ne peut dire à quel instant se fait la diffusion des germes, à quel moment une infection puerpérale grave commence à dépasser les limites de l'utérus; et c'est pourquoi j'estime, dit M. FAURE, que dans le doute il faut agir.

Chez les dix malades sur cent qui succombent à l'infection puerpérale, après échec des moyens ordinaires, l'auteur est convaincu qu'une hystérectomie précoce, pratiquée immédiatement après échec du premier curettage, en eût sauvé un certain nombre :

« En cas d'infection puerpérale grave et si la » malade ne semble pas courir un danger immédiat, je pratique un curettage énergique. Si » douze heures ou au plus tard vingt-quatre heures » après, la malade ne va pas sensiblement mieux, » je pratique l'hystérectomie.

« Si au moment où je vois la malade pour la première fois son état me paraît extrêmement grave, j'enlève immédiatement l'utérus, »

L'hystérectomie vaginale est plus facile et moins grave que l'hystérectomie abdominale.

M. FAURE l'a faite sept fois; dans les six premiers cas les malades étaient mourantes et ont succombé. Dans le septième, l'hystérectomie fut pratiquée neuf heures après le curettage, l'état étant alarmant, le pouls à 150, la température à 40° 4.

« Cette observation montre qu'il faut chercher
» le salut dans la précocité de l'intervention. Elle
» montre que bien souvent l'infection est due à un
» curettage incomplet.

» Sur mes sept cas, il en est deux dans lesquels
» il est resté un morceau de délivre infecté. Rien
» n'est plus facile, au cours d'un curettage dans
» ces utérus mous et qu'on craint de perforer, que
» de laisser dans la matrice un fragment de délivre.

» Or il est impossible de reconnaître cet accident
» et d'y remédier d'une façon certaine autrement
» que par l'hystérectomie qui devient ici une
» opération de nécessité. »

Il existe donc, à l'heure actuelle, parmi les chirurgiens français, deux courants d'opinions relativement à l'hystérectomie dans l'infection puerpérale aiguë : les uns sont partisans de l'intervention, s'efforcent d'en préciser les indications ; d'autres se refusent à l'opération. Ces deux opinions se trouvent exprimées dans deux thèses récentes.

L'une, soutenue par M. BENOIST, porte les conclusions suivantes :

Tantôt les lésions de l'infection puerpérale sont généralisées, et tout l'organisme est infecté d'emblée par le streptocoque ; tantôt l'infection est localisée en très grande partie à l'utérus. Les lésions sont représentées dans l'utérus par des lymphangites, des abcès, de la gangrène (BECHMANN), de l'emphysème (HALBAN).

Ces lésions peuvent survenir dans les quelques

jours qui suivent soit l'avortement, soit l'accouchement.

Leur pronostic est grave.

Le traitement par le curettage, l'écouvillonnage, les injections intra-utérines, etc... serait suffisant le plus souvent, d'après les accoucheurs.

S'il est insuffisant, ce que démontrent la fièvre persistante, le pouls, l'examen du sang, l'absence de régression de l'utérus, sa sensibilité, sa fixité, une certaine défense de la paroi abdominale, il faut enlever le foyer de l'infection par l'hystérectomie abdominale totale ou sub-totale.

La seconde thèse soutenue par M. DRAMARD comporte ces conclusions :

I. — Il n'existe pas de signe ou de complexe symptomatique qui permette d'affirmer qu'une malade atteinte d'infection puerpérale est dans un état désespéré.

II. — Dans la majorité des cas, l'utérus, foyer d'infection initial, ne joue plus qu'un rôle secondaire lorsqu'il a été curetté et désinfecté soigneusement.

III. — L'hystérectomie a une gravité considérable chez une femme infectée. — Sur 16 cas rapportés à la Société de chirurgie, on compte 13 morts.

IV. — Les partisans de l'hystérectomie avancent que leurs cas de guérisons portent sur des malades qui seraient inévitablement mortes sans l'opération.

Or, nous montrons dans ce travail, que certaines malades paraissant in-extremis et ayant tous les signes classiques du pronostic le plus fatal, peuvent guérir sans hystérectomie abdominale ou vaginale.

V. — On peut même, en retournant l'argument, se demander si parmi les malades qui ont succombé après l'hystérectomie, quelques-unes n'auraient pas guéri sans l'intervention, en d'autres termes, si, dans quelques-uns de ces cas, la mort n'est pas directement imputable à l'opération.

VI. — En somme, en dehors des indications fournies par des lésions annexielles ou péri-utérines, on doit être, après l'accouchement, très sobre d'intervention radicale s'adressant à l'utérus.

M. DRAMARD, faisant la statistique des cas publiés, arrive à un total de 51 interventions qui ont donné 26 guérisons et 25 morts, soit 49 %, chiffre moins favorable que celui de M. TUFFIER, 45 interventions avec 17 morts, soit 37,7 %.

ZIPPERLEN, dans sa thèse, rapporte 74 observations : il y eut 35 guérisons et 38 morts.

Sur ce nombre, 41, dit DRAMARD, nous ont semblé inconnues en France; ces 41 cas nouveaux ont donné 22 morts et 10 guérisons.

Ce qui ferait avec les 51 opérations déjà connues un total de 92 interventions, ayant donné 45 guérisons et 47 morts.

Avec cinq autres faits, DRAMARD possède 97 interventions ayant donné 45 guérisons et 52 morts.

La mortalité de l'hystérectomie, dans l'infection puerpérale, dépasse donc 50 %. Elle est bien plus considérable que celle des autres traitements employés exclusivement auparavant, même si on ne considère que les cas graves.

MM. PINARD et WALLICH ont fait, en 1894, 36 curettages pour infection. 23 fois il y eut chute définitive ou progressive de la température ; il reste donc 15 cas dans lesquels l'action du traitement n'a pas été immédiate.

Sur ces 15 cas, il y a 4 cas de mort ; deux cas seulement ont été le résultat d'une infection profonde qui a résisté aux moyens locaux.

Sur 14 malades atteintes d'infection puerpérale ne cédant pas au curettage et à l'écouvillonnage, aux injections intra-utérines, au traitement par les bains froids, M. BRÉHIER note 11 guérisons et 3 morts.

M. GEORGHIOU a relevé dans sa thèse tous les cas d'infection puerpérale qui se sont produits à la Maternité pendant les années 1897 et 1898 ; il a de plus réuni quelques observations de l'année 1895 et toutes les observations de curages et d'écouvillonnages de 1896, à la Maternité.

Les années 1896, 1897 et 1898 ont fourni 345 observations, dont : 283 accouchements et 62 avortements.

161 cas ont été traités par les injections intra-utérines ; 162 par le curage et l'écouvillonnage.

12 fois on a fait l'écouvillonnage prophylactique ; 14 curettages ont été pratiqués.

Ces observations ont fourni comme résultats définitifs : 327 guérisons certaines ; trois femmes sont parties incomplètement guéries.

15 morts, donc, mortalité de 4,3 %.

5 curages et cinq écouvillonnages, pratiqués en 1895, ont donné 9 guérisons et 1 mort.

Du 1^{er} novembre 1900 au 30 juin 1901,
» 33 femmes infectées sont venues du dehors ;
» plusieurs d'entr'elles ont terminé leur avorte-
» ment ou leur accouchement à l'hôpital. » Pour
ces 35 cas :

4 fois, des injections intra-utérines après exploration digitale ont suffi ; 13 fois on a eu recours au nettoyage prophylactique ; 16 fois on a dû faire le curage digital et l'écouvillonnage.

Une seule de ces femmes n'a pu être sauvée ; elle a été apportée dans un état extrêmement grave 8 jours après son accouchement.

59 femmes ont contracté de l'infection dans le service.

Pour 5, des injections utérines après exploration digitale ont suffi.

Pour 54, on a eu recours au curage digital et à l'écouvillonnage. Aucune de ces malades n'a succombé, et généralement la guérison a été rapide.

Tels sont les résultats obtenus par les accoucheurs dans le traitement de l'infection puerpérale aiguë.

Ils ne sont pas déjà tellement mauvais et nous comprenons pourquoi MM. TISSIER, BUDIN, PORAK, à la Société d'obstétrique de Paris, ont combattu

l'hystérectomie appliquée à l'infection puerpérale aiguë.

C'est au sujet d'une hystérectomie abdominale pratiquée avec succès par M. DEMELIN pour une septicémie puerpérale qui résistait au traitement habituel que la discussion eut lieu.

M. TISSIER commence par dire que l'observation de M. DEMELIN est un des extrêmement rares succès qu'on puisse apporter en argument à la cause de l'hystérectomie au cours de l'infection puerpérale.

Si l'on en avait rassemblé beaucoup d'analogues, évidemment l'opinion et la tendance à l'opposition d'un certain nombre de nous se trouveraient modifiées.

L'état de la malade était grave, mais pas tellement que l'opération fût indiquée. Que d'observations toutes semblables, presque identiques, suivies de parfaite guérison, sans opération si grave. J'en apporte et fais passer sous vos yeux une douzaine, prises dans la liasse des feuilles de l'isolement à Saint-Antoine (Année 1899).

Après l'opération, l'hyperthermie a repris de plus belle (40° 4). Ne pouvant plus faire d'hystérectomie, on a recours au sérum artificiel, et le neuvième jour, la défervescence se produit et la malade a été sauvée.

M. TISSIER fait remarquer que dans les discussions récentes on a invoqué les cas les plus disparates. Le traitement de l'infection puerpérale aiguë ne comprend pas celui des suites plus ou moins

éloignées : salpingites, périmétrites, annexites, etc...

Ce sont pourtant ces complications qui ont motivé la plupart des interventions publiées, dénommées à tort curatives de l'infection puerpérale.

Il faut élaguer de même les complications dues aux tumeurs fibreuses, kystes rompus, déchirures utérines ; les abcès limités, les masses annexielles sont du domaine chirurgical.

Il en est de même de certains cas de rétention placentaire intractables, de ces cas exceptionnels où l'infection est telle avant l'accouchement qu'on recourt à l'opération césarienne suivie de celle de PORRO ; de même certains cas non moins exceptionnels de gangrène utérine, plus facile à reconnaître sur la table d'autopsie qu'au lit de la malade.

Si nous voulons nous faire une juste opinion sur la valeur de l'hystérectomie, il faudrait écarter tous ces cas, défavorables ou non. Mais jusqu'à présent, dans les diverses publications, tout a été tellement mêlé et enchevêtré, qu'il est bien difficile de faire le triage.

Néanmoins, posons nettement le problème. En face d'une infection aiguë survenant dans les jours qui suivent la parturition, non compliquée d'éléments étrangers à l'accouchement normal, convient-il de recourir à l'hystérectomie ?

Ou l'on opère de bonne heure, alors que l'infection n'a qu'à peine marqué son empreinte, c'est une conduite inqualifiable, car rien n'est commun comme l'apparition d'un frisson avec élévation

thermique, tout passager, témoignant d'une légère atteinte infectieuse.

Tout rentre dans l'ordre avec les moyens usuels.

Où l'on opère tard, quand l'invasion plus ou moins vite a franchi le territoire utérin.

Les femmes qui ont eu plus de 39° avec des phénomènes inquiétants sont nombreuses, et si quelques-unes par malheur succombent, c'est dans une proportion beaucoup trop grande, sans doute, mais qui n'excède pas une sur 10.

Si, enfin, nous ne prenons que les femmes en danger excessif avec un pouls battant à 150, une température excédant 40° à 41°, des frissons multipliés, des convulsions, du délire, de l'incontinence, il est trop tard pour intervenir, nous dit-on. Alors, pourquoi le faire ? D'autant que ces agonisantes ne sont pas aussi irrémédiablement perdues qu'on nous le fait dire. Ces femmes dont nous désespérons, par l'expectation, les sérums, les bains, la glace, etc., quelquefois ressuscitent, dans une proportion plus forte qu'on ne croit.

L'opération, chez ces femmes à résistance plus que restreinte, donnerait le coup qui achève.

A quoi servirait-elle lorsque l'organisme entier est infiltré. La belle avance d'extirper un organe qui a servi de passage aux agents d'infection.

L'opération est inutile, elle est nuisible.

Entre l'opération précoce et l'opération trop tardive les partisans de l'hystérectomie se flattent de saisir le moment précis où l'élément infectieux n'a pas dépassé la barrière utérine.

Aucun signe, jusqu'à présent, ne nous permet de dire que l'infection, qui se traduit par de graves phénomènes généraux, est limitée, renfermée, cantonnée dans le territoire utérin.

Dans les cas ordinaires d'infection puerpérale grave et rapide, on ne trouve aux autopsies rien, ou presque rien, du côté de l'utérus ; quelquefois, quelques traînées de lymphatiques engorgés et plus souvent des veines thrombosées, ce qui est encore une raison de s'abstenir, attendu que les manipulations opératoires n'enlèveront pas les caillots qui s'échelonnent au long des veines utéro-ovariennes, mais par contre donnent le risque de les ébranler et de les mobiliser en embolies.

En présence d'une péritonite il peut être indiqué de pratiquer une laparotomie ou colpotomie et des drainages mais non d'enlever tout l'organe utérin.

A côté de ces arguments théoriques contestables voyons les chiffres, et seulement les cas publiés à Paris. Sur 20 faits signalés à la Société de chirurgie, on compte 18 morts.

Ces résultats ne sont guère encourageants.

A la suite d'autopsies où les lésions paraissaient bien circonscrites à l'utérus, où la mort semblait bien dépendre d'une intoxication partie de l'utérus et pouvant disparaître avec lui, M. PORAK exprimait le regret de ne pas avoir décidé l'hystérectomie ; enlever l'utérus était supprimer une fabrique de poisons, de décharges de toxines dans l'organisme.

Chez une femme infectée, ne paraissant pas

atteinte de péritonite, la septicémie paraissant bien d'origine utérine, MM. PORAK et POTOCKI pratiquent l'hystérectomie ; la nuit suivante, la malade succombe.

Et M. PORAK de conclure que l'hystérectomie dans les conditions spéciales de l'utérus encore volumineux des couches est une opération très grave, qui peut tuer des femmes que la thérapeutique obstétricale aurait sauvées et qui ne sauvera probablement pas celles qu'elle pourrait guérir.

M. BUDIN rappelle la statistique que nous avons déjà signalée ; il cite en outre quelques observations d'infection puerpérale très sérieuse, semblant compromettre à brève échéance la vie des malades et qui ont guéri par le traitement obstétrical. Avec preuves à l'appui, M. BUDIN montre que le curage et l'écouvillonnage, les injections intra-utérines sont des interventions parfaitement capables de rendre l'utérus aseptique.

L'essentiel est d'agir assez tôt pour empêcher l'infection générale.

Si cette dernière existe, l'hystérectomie ne peut rien contre elle.

« En résulte-t-il, dit M. BUDIN, que cette opération ne devra être pratiquée dans aucun cas ? Je n'oserais pas aller jusque-là. Bien que ces faits soient extrêmement rares, il se peut qu'il y ait soit un abcès dans l'utérus, soit une infiltration purulente des parois de cet organe. »

M. BUDIN a vu jusqu'ici deux abcès de l'utérus ; il connaît l'observation de BEAUSSENAT : les parois

de la matrice étaient très épaisses et infiltrées de pus que la moindre section faisait sourdre. L'hystérectomie fut suivie de guérison. Dans des cas analogues, elle se trouve donc indiquée ; mais comment en faire le diagnostic avec certitude ?

On peut tenir compte de la perméabilité persistante de l'utérus, mais ce signe n'a pas une valeur absolue.

M. QUEIREL, dans une leçon clinique récente, fait remarquer que les indications de l'hystérectomie dans l'infection puerpérale ne sont pas encore bien précisées.

Est-elle justifiée ? Il est certain que toute affection considérée comme fatalement mortelle jusqu'ici est passible des tentatives chirurgicales les plus hardies ; ne réussiraient-elles que rarement que ce serait toujours autant d'existences sauvées.

La question se présente-t-elle ainsi dans la fièvre puerpérale ? Y a-t-il un indice certain que la femme mourra fatalement, j'entends un indice certain à l'époque où l'on pourra tenter avec chances de succès une opération aussi importante et aussi grave que l'hystérectomie. Je n'en connais pas encore, ajoute M. QUEIREL, et dans toutes les tentatives de ce genre, il faut pouvoir se dire : la malade a succombé malgré l'opération et non à cause de l'opération.

Si vous la faites in-extremis, elle est inutile et odieuse et ne peut qu'avancer le dénouement ; si vous la faites de bonne heure, en quelque sorte préventive, effrayé que vous êtes par la marche

rapide des symptômes de l'infection, vous risquez d'opérer des femmes qui seraient guéries sans cette intervention.

C'est donc dans cette période intermédiaire où la septicémie n'est pas encore généralisée qu'il faut opérer. Mais quel est le critérium ?

Sans nier la valeur pronostique de la température, du pouls, des frissons répétés, M. QUEIREL, se basant sur une série d'observations, ne trouve pas dans ces symptômes une indication précise.

D'autre part, quand le pouls devient irrégulier, dépressible, fréquent, rapide, quand les traits se tirent, que la langue prend un aspect grillé, que le facies se grippe et que la respiration s'accélère, M. QUEIREL est d'avis qu'il est trop tard pour intervenir.

Faut-il s'en rapporter au sens pratique, à la perspicacité du chirurgien ou de l'accoucheur qui sent son impuissance ? Pas davantage. C'est une indication trop vague.

Le professeur de Marseille a cru saisir ce moment ; il a opéré ; sa malade a succombé, et il a trouvé du streptocoque dans le cœur droit. Ce qui ne veut pas dire que la présence du streptocoque dans le sang est une indication à l'opération. Nombre de malades présentant ce signe ont guéri par le traitement habituel. Il suffit de consulter la thèse de M. BASSET pour s'en rendre compte.

« Je veux bien, ajoute M. QUEIREL, ne reculer
« devant aucune opération si importante, si diffi-

» cile et si grave qu'elle soit, mais je veux que
» ma main ne l'exécute que quand mon esprit
» l'aura décidée en toute connaissance de cause,
» et quand mon expérience m'aura dicté qu'elle
» est justifiée.

» Si je ne retrouve pas la raison efficace ou
» suffisante, je préfère me retrancher dans l'abs-
» tention, ce qui, quelquefois, coûte plus cher que
» d'agir. »

A l'étranger, en Amérique principalement, le problème de l'hystérectomie est toujours à l'ordre du jour.

BOLDT a son opinion faite d'après son expérience clinique sur la valeur de la laparotomie, du drainage, de l'hystérectomie dans l'infection puerpérale ; il a pratiqué toutes ces grandes opérations sur un assez grand nombre de malades, ayant commencé il y a 18 ans avec la laparotomie, l'ablation des annexes et le drainage de la cavité pelvienne.

Il fit sa première hystérectomie vaginale, pour infection puerpérale, en 1893 ; il n'a pas encore vu un cas de guérison dans les cas de septicémie, aiguë ou chronique.

Selon lui, le seul effet de l'opération est de hâter la mort.

Il a continué néanmoins à faire ces opérations pour septicémie aiguë, pensant sauver une malade puisque d'autres affirmaient avoir obtenu des succès.

Sa dernière hystérectomie, pour septicémie

aiguë, date de 5 mois ; ce sera la dernière dans les mêmes conditions.

BOLDT termine son rapport par les conclusions suivantes :

Faire l'hystérectomie, après échec des moyens moins radicaux :

1. — Si, après un accouchement à terme ou un avortement, il n'y a pas de produit de conception dans l'utérus, que la malade a de la fièvre avec exacerbations, des frissons, un pouls petit et fréquent (120 à 140 et plus).

Si un examen approfondi montre que l'infection vient de l'utérus seul, s'il n'y a pas trace de péritonite, l'utérus étant volumineux et mou, le paramétrium libre ; si on trouve des streptocoques dans l'utérus, et spécialement dans le sang.

2. — S'il y a des produits de décomposition dans l'utérus comme dans les faits de SCHULTZE, de SIPPEL, de PROCHOWNICK, de STAHL, et d'autres qui ne peuvent être enlevés facilement par le vagin ; si en faisant une opération césarienne on trouve l'utérus septique l'hystérectomie abdominale est indiquée :

La laparotomie avec drainage est indiquée dans la péritonite septique diffuse lorsqu'il n'y a pas trace d'exsudats dans le Douglas.

On ne touchera pas aux annexes à moins qu'il n'y ait indication positive à faire autrement.

HIRST a rencontré, depuis quelques années, des cas d'infection utérine dans lesquels le corps utérin est mou comme du fromage, au point qu'aucune

ligature ne peut tenir, et qu'il est possible de le pincer de part en part entre le pouce et l'index.

« A l'examen bactériologique et microscopique, » la paroi utérine était remplie de streptocoques, il » y avait même nécrose étendue du tissu.

» Il est évident que la malade ne peut vivre » avec un tel organe dans le ventre, et que le seul » espoir pour elle réside dans son ablation. »

Il y a quelques années, j'avais l'habitude pour ces cas de faire l'hystérectomie totale, avec un succès que je qualifierai de flatteur, quand on considère la nature du cas et l'état de la malade soumise à cette grave opération.

J'ai eu trois cas semblables dans ces derniers mois ; dans l'un, la nécrose de l'utérus était si étendue qu'il fut nécessaire d'enlever tout l'organe.

La malade, accouchée depuis 4 semaines, était dans un état désespéré. Elle avait, outre sa nécrose utérine, un abcès volumineux fétide dans le cul-de-sac de Douglas et de l'infiltration purulente du mésocôlon.

J'anticipai la mort de la femme ; les deux autres cas guérissent et je pense que le genre d'opération est pour quelque chose dans la guérison. Dans les deux cas il y avait nécrose du fond de l'utérus et de la corne correspondant à la trompe et au ligament infectés.

Il était possible de se débarrasser de tous ces tissus en excisant la trompe, l'ovaire, le ligament large, la corne de l'utérus et tout le fond par une exérèse en forme de coin.

L'opération ne fut pas difficile, plus rapide que l'hystérectomie et occasionna un schock moindre.

Ces avantages de l'hystérectomie partielle sur l'hystérectomie totale m'engagent à la répéter dans les circonstances identiques.

LA TORRE se rallie à l'opinion de M. RICARD, qui déconseille l'opération jusqu'à ce que des critères aient été trouvés qui permettent de formuler les cas où elle est utile.

Néanmoins, il pense que l'hystérectomie doit être pratiquée dans les 3 cas suivants :

1. — Quand il y a rétention du placenta et putréfaction de cet organe avec impossibilité de l'extraire par les voies naturelles.

2. — Quand l'utérus est farci d'abcès, ce qui est d'un diagnostic impossible.

3. — Après échec des autres moyens de traitement.

Des nombreuses citations qui précèdent, il résulte que ce sont principalement des chirurgiens qui préconisent l'hystérectomie dans l'infection puerpérale, tandis que les accoucheurs se montrent beaucoup plus réservés. Les résultats qu'ils obtiennent avec les lavages intra-utérins, le curage digital, l'écouvillonnage, le drainage de la cavité utérine, sont suffisamment bons pour ne pas les conduire de prime abord à une opération radicale, grave par elle-même, et entraînant à sa suite la stérilité.

Les chirurgiens, eux aussi, ont eu des succès, mais nous devons constater qu'il s'agissait rare-

ment d'infection puerpérale aiguë localisée à l'utérus ; les annexes, le paramétrium étaient infectés. Dans ces cas, en effet, le rôle du chirurgien est prépondérant. La vie des malades peut dépendre de son intervention.

Les conditions changent lorsque l'infection est encore limitée à l'utérus : nous avons des moyens parfaitement capables d'en assurer l'asepsie, à la condition de les appliquer dès l'éclosion de la maladie.

Il arrive un moment où le microbe a pénétré dans le parenchyme utérin et devient inaccessible à la thérapeutique intra-utérine ; l'ablation de l'organe semble alors indiquée pour enlever le foyer infectieux, mais le point difficile est de savoir quand ce microbe pathogène est encore cantonné dans le tissu utérin. Opérer trop tôt est presque un crime, opérer trop tard est inutile le plus souvent, les malades succombant malgré l'opération, quelquefois même à cause de l'opération.

Est-ce à dire que l'intervention n'est jamais indiquée ?

Tel n'est pas notre avis.

D'accord en cela avec tout le monde, nous jugeons l'hystérectomie nécessaire dans les faits de rétention placentaire totale ou partielle, alors qu'il est impossible d'évacuer l'utérus par les voies ordinaires. C'est dans des conditions semblables que nous avons pratiqué deux fois l'opération de PORRO ; nos malades ont succombé, ainsi que nous l'expliquons dans les observations que l'on trou-

vera à la fin de ce travail ; nous n'en sommes pas moins prêts à recommencer à la première occasion.

C'est le seul moyen de sauver la malade, et c'est dans ces cas que l'hystérectomie a donné le plus de succès.

Nous avons étudié les observations de la thèse de M. BONAMY et nous avons trouvé que sur sept observations concernant des rétentions placentaires partielles, il y eut six guérisons ; si nous y ajoutons les 3 cas de rétention totale opérés par le PORRO, nous obtenons ainsi un total de 10 observations avec 7 guérisons.

Le résultat est véritablement merveilleux ; il est donc indiqué, dans des cas semblables, d'enlever l'utérus, toutes les fois qu'avec la curette ou avec le doigt il sera impossible de détacher ces débris placentaires qui sont une source continue de toxinfection.

Nous ajouterons que l'opération ne doit pas être trop retardée.

Il ne faut pas attendre que l'économie soit profondément infectée, sous peine d'échec comparable à celui de notre deuxième observation.

L'hystérectomie est encore indiquée dans ces faits signalés dans lesquels la paroi utérine renferme des abcès, est comparable à une éponge remplie de pus, est gangrénée ou nécrosée. L'intervention radicale est seule capable de supprimer le foyer infectieux ; mais le point capital est de faire le diagnostic, pour lequel nous ne possédons pas à l'heure actuelle de signes précis. Les cas observés

ont été des trouvailles d'autopsie, ou ils n'ont été reconnus qu'au moment de l'opération pratiquée en présence de l'insuccès des autres méthodes thérapeutiques.

Nous avons eu l'occasion d'observer et de traiter un assez grand nombre de cas d'infection puerpérale de gravité variable. Nous avons vu quelques malades succomber, mais dans une proportion relativement faible.

Les autopsies que nous avons pu faire nous ont révélé, chez quelques-unes, la rétention de débris placentaires; chez ces malades, l'ablation de l'utérus eut sans doute été utile; chez le plus grand nombre rien d'anormal ne fut remarqué du côté de l'utérus, et la mort a été la conséquence d'une infection généralisée contre laquelle l'hystérectomie n'eut pu rien faire.

L'observation suivante est intéressante : elle nous montre l'avantage qu'aurait pu avoir une hystérectomie :

Le 28 janvier 1894, à 4 heures 25 du matin, entre à la clinique la nommée F..., Henriette, primipare, âgée de 25 ans. La poche des eaux forme en dehors des organes génitaux une saillie du volume d'une tête fœtale à terme; on la rompt artificiellement et l'accouchement se termine quelques minutes plus tard; l'enfant, pesant 2,980 grammes, avait un circulaire cervical.

Trente minutes après l'expulsion de l'enfant, l'interne pratique le toucher, sent le placenta dans le vagin et constate de l'autre main que le fond de

l'utérus ne se trouve qu'à 4 travers de doigts au-dessus de la symphyse pubienne.

La malade perdant du sang, l'interne tire sur le cordon ombilical et amène au dehors le placenta et l'utérus inversé. Il décolle complètement l'arrière-faix et repousse le fond de l'utérus dans la cavité vaginale mais ne parvient pas à réduire complètement l'inversion.

Le Dr BUÉ, chef de clinique, appelé par téléphone, arrive une demi-heure après, réduit l'utérus, fait une injection chaude et une piqûre d'ergotine. La malade ne perd plus de sang.

Le lendemain 29 janvier, on constate que l'inversion s'est reproduite partiellement ; M. le professeur GAULARD la réduit de nouveau avec beaucoup de difficultés et fait un tamponnement intra-utérin à la gaze iodoformée.

Les jours suivants sont marqués par des phénomènes infectieux, contre lesquels on agit par les injections intra-utérines, puis par le curettage. Mais la septicémie continue son évolution et la malade succombe le 6 février, à 11 heures du soir.

A l'autopsie on trouve du pus en petite quantité dans le péritoine ; on enlève l'utérus et on trouve, au niveau de l'insertion placentaire, sur la face antéro-supérieure droite deux perforations de la grandeur d'une pièce de 0,50 centimes. Le tissu environnant est gangréné, mortifié.

Ces perforations sont dues à la chute d'escharres déterminées vraisemblablement par la pression

des doigts au cours des manœuvres successives de réduction.

Cette observation nous montre bien qu'à un moment donné l'hystérectomie était indiquée.

S'il avait été possible de faire le diagnostic de la lésion, d'enlever l'organe utérin avant la chute des escharres, il est probable que la péritonite eût été évitée. C'était en tous cas la seule planche de salut pour la malade.

La relation de ce fait peut-elle être utile à l'avenir, et, en présence de circonstances semblables, devons-nous avoir recours à l'hystérectomie précoce ? Nous ne le pensons pas.

Voici une autre observation d'inversion utérine. Il s'agit d'une jeune femme accouchée et délivrée par une sage-femme. A la suite de tractions prématurées sur le cordon ombilical une inversion utérine se produit. Effrayée, et à juste titre, la sage-femme fait appeler un médecin qui complète le décollement du placenta, refoule le fond de l'utérus dans le vagin et ne peut obtenir la réduction complète. Après avoir placé 4 petits tampons d'ouate dans le vagin, il dirige cette malade vers la clinique à 11 heures du soir, l'accident s'étant produit à midi.

Je suis appelé et je constate tous les signes cliniques d'une inversion utérine complète, chez une malade pâle, anémiée, exsangue, avec un pouls filiforme, incomptable, tendances syncopales se répétant à chaque instant.

La malade ne perdant pas de sang, je commence

par lui injecter un litre de sérum artificiel et je procède ensuite, après désinfection, à la réduction de la matrice, sans trop de difficultés.

Quelques heures après, nouvelle injection de sérum artificiel.

Le lendemain matin la température est de $37^{\circ}8$; elle ne tarde pas à monter à 39° - 40° malgré les injections intra-utérines iodées et le drainage à la gaze iodoformée.

Le 7^e jour, l'état général devient plus mauvais, le pouls bat à 138, le ventre est douloureux, il y a de la diarrhée. Le délire est apparu la nuit.

La situation me paraît grave et je propose à M. le professeur GAULARD de pratiquer l'hystérectomie. Mon maître me conseille d'attendre encore 24 heures. On observe un mieux sensible ; l'opération est remise. Deux jours après apparaissent deux grands frissons, le délire recommence, la température atteint $39,8$, le pouls monte à 140. Le ventre n'est plus douloureux, mais l'état général semble tellement mauvais que j'hésite à parler d'hystérectomie. Et je fis bien.

Le lendemain, je remarque que le membre supérieur droit est œdématié, douloureux. Une phlegmatia alba dolens l'a envahi.

Depuis lors les phénomènes généraux se sont amendés et la malade semble en voie de guérison.

C'est bien là un de ces cas graves d'infection puerpérale aiguë qui devrait être passible de l'hystérectomie. Si j'ai proposé l'opération, c'est en souvenir du cas antérieur : je craignais ici encore une

gangrène de la paroi, une perforation consécutive.

Le traitement obstétrical a été continué et la malade guérira sans doute. Que serait-elle devenue si j'avais enlevé son utérus ?

Cette observation montre une fois de plus combien il est difficile de préciser les indications de l'hystérectomie dans l'infection puerpérale aiguë. Nous ne possédons encore aucun signe certain nous permettant d'affirmer que telle malade succombera avant l'apparition de symptômes tellement graves qu'eux aussi sont alors une contre-indication à l'ablation de l'utérus.

Nous nous laisserons volontiers aller à l'intervention radicale dans l'infection consécutive à l'expulsion d'une môle vésiculaire. Si après un nettoyage aussi complet que possible de la cavité utérine nous voyons les accidents persister, nous devons craindre un envahissement de la paroi utérine non seulement par l'agent infectieux, mais encore par les vésicules. Dans ce cas, si la malade échappe à l'infection, elle se trouve exposée aux tristes conséquences du déciduome malin. Nous croyons alors l'hystérectomie absolument indiquée.

Dans sa 7^{me} observation, M. FAURE pratique le curettage ; 9 heures après, ne constatant pas d'amélioration, mais au contraire une aggravation des symptômes, il fait l'hystérectomie. Sa malade guérit. De là il conclut à la nécessité d'une intervention précoce.

Nous ne pouvons être de cet avis. Il est fréquent, après un curettage, fait dans les meilleures condi-

tions d'asepsie et antisepsie, d'observer une ascension thermométrique, une accélération du pouls, voire même un frisson dans les heures qui suivent l'intervention. Ce n'est pas là une indication à l'opération radicale, car le plus souvent 24 heures plus tard et quelquefois moins, à cette nouvelle poussée fait place une sédation qui est le commencement de la convalescence. Rien ne prouve que la malade de M. FAURE dût succomber parce qu'elle avait présenté cette recrudescence des phénomènes infectieux.

En résumé, à part les cas dans lesquels l'utérus renferme un corps étranger qui se putréfie et qui ne peut être enlevé par la voie vaginale, l'accoucheur aura rarement l'occasion de recourir à l'hystérectomie pour infection puerpérale aiguë. Cette opération, après un accouchement non compliqué d'éléments étrangers, sera presque toujours limitée à la putréfaction placentaire intra-utérine, comparable à la putréfaction fœtale que nous avons étudiée.

Supposons que l'hystérectomie soit indiquée et décidée, par quelle voie agirons-nous ?

M. FAURE préconise la voie vaginale, comme dans tous les cas où les lésions sont virulentes, où les risques d'inoculation péritonéale sont redoutables ; il se refuse à promener dans le ventre un utérus bourré de streptocoques.

Les premières interventions de M. TUFFIER ont eu lieu par le vagin et M. BONAMY conclut dans le même sens.

Aujourd'hui M. TUFFIER et avec lui la plupart

des chirurgiens préfèrent la voie abdominale.

L'hystérectomie vaginale chez une femme qui vient d'accoucher, écrit M. SEGOND, est une opération horriblement difficile à cause de la friabilité des tissus. Il est toujours plus sage de procéder par laparotomie que de risquer un morcellement vaginal.

M. ROCHARD se prononce catégoriquement en faveur de l'hystérectomie abdominale.

Les lésions peuvent être multiples et la laparotomie seule permet de se rendre un compte exact des complications qu'a causées l'infection utérine.

L'hystérectomie abdominale ne demande pas beaucoup plus de temps que l'ablation par le vagin ; elle n'est pas plus difficile, au contraire.

L'avantage de la voie abdominale est le drainage du péritoine par le vagin et par l'abdomen.

La voie abdominale étant choisie, M. ROCHARD s'adresse à l'hystérectomie abdominale totale : elle remplit le but capital d'établir un large drainage du côté du vagin, c'est-à-dire au point le plus déclive.

M. CHAPUT, qui n'a pas plus d'enthousiasme pour faire l'hystérectomie abdominale au début de l'infection puerpérale qu'à une période avancée, est en cela d'accord avec M. POIRIER.

Cette opération constitue, en effet, un traumatisme grave et, appliquée à des malades infectées et affaiblies, elle apporte plutôt une aggravation qu'une amélioration à l'état général antérieur. Si toutefois l'hystérectomie lui semble indispensable,

il préfère l'hystérectomie supra-vaginale à la totale à cause de sa simplicité plus grande.

M. PICQUÉ a eu recours à l'hystérectomie subtotale; M. TUFFIER la recommande. Le moignon de col est mou, large, ne gêne en rien le drainage; il est infecté, c'est vrai, mais tous les faits prouvent que c'est le corps et non pas le museau de tanche qui est la cause de la septicémie.

L'opération ainsi faite est plus rapide, l'hémostasie est bien plus facile à ce niveau que dans les énormes plexus veineux du fond du vagin, plexus gorgés de sang et dilatés pendant la puerpéralité.

Dans sa statistique de 45 interventions, avec 28 guérisons et 17 morts, l'hystérectomie abdominale a été employée 23 fois : 12 fois on a eu recours à l'hystérectomie abdominale totale, avec 6 guérisons et 6 morts ; 10 fois à l'hystérectomie subtotale (supra-vaginale) avec 9 guérisons et 1 mort. Celle-ci semble donc supérieure à la totale.

Pour nous, accoucheurs non toujours très initiés à la chirurgie abdominale, l'opération de PORRO est une ressource que nous ne devons pas négliger. Nous entendons ici par opération de PORRO l'amputation utéro-ovarique avec traitement extra-péritonéal du pédicule. Au risque de passer pour retardataire nous ne pouvons pas la déconseiller d'une façon absolue.

Le procédé est sans doute moins chirurgical, mais il a l'avantage d'être facile, rapide et parfaitement applicable aux cas de rétention placentaire.

Il a donné des succès aux premiers opérateurs,

PROCHOWNICK lui doit une guérison et si nos deux malades ont succombé, ce n'est pas le procédé qu'il faut incriminer. Chez l'une d'elles le pédicule était tombé, la plaie était de bel aspect, quand la pleurésie vint l'emporter. Chez la seconde, il n'y avait pas trace de suppuration du moignon.

Nous devons donc conclure que l'hystérectomie supra-vaginale avec pédicule externe a encore ici son indication : elle permet, mieux que toute autre, d'opérer hors du ventre.

Avec elle, on peut, si l'on veut, drainer par l'abdomen et même par le vagin en ouvrant le cul-de-sac postérieur.

Conclusion

Est-il possible, à l'heure actuelle, de poser nettement les indications de l'hystérectomie dans le traitement de l'infection puerpérale aiguë ? Au point de vue théorique, on pourrait répondre affirmativement : il est des phénomènes qui commandent l'extirpation de l'organe (abcès de la paroi, gangrène utérine, etc.). Mais, en pratique, tout autre est la solution du problème.

En présence des résultats du traitement obstétrical d'une part, de ceux obtenus jusqu'alors par le traitement chirurgical, nous pouvons conclure : en matière d'infection puerpérale, le traitement obstétrical est la règle, l'hystérectomie est l'extrême exception, mais ne doit pas être rejetée de parti pris.

CHAPITRE XII

Indications de l'opération césarienne dans les hémorrhagies par décollement prématuré du placenta normalement inséré.

Le pronostic de cet accident est grave pour la mère et pour le fœtus, qui succombe rapidement et tellement vite qu'il est rare qu'on puisse lui venir en aide. Mais pour la mère qui succombe dans la moitié ou le tiers des cas, selon les statistiques, il y a peut-être lieu de faire plus qu'on n'a fait.

Dans les cas graves, l'indication est de vider rapidement l'utérus ; si le col effacé est en voie de dilatation, si les bords sont souples, la dilatation manuelle ou bi-manuelle, suivie de l'extraction par le forceps ou la version, est indiquée. Mais si le col a encore toute sa longueur, si les parois du canal cervical sont résistantes, les ballons dilateurs ne peuvent agir assez rapidement ; les inci-

sions, au niveau du col, préconisées par DÜHRSEN, sont insuffisantes ou dangereuses : l'abaissement d'un pied ne peut suffire à arrêter l'hémorrhagie, car le membre abaissé ne fait compression qu'au niveau du segment inférieur, bien au-dessous de la surface qui saigne.

« Alors que faire, quelle conduite tenir, dit M. PINARD dans une leçon clinique en 1898. Eh bien, je n'hésiterai pas à le dire et je n'hésiterai pas à le faire, en présence d'un cas d'hémorrhagie rétro-placentaire grave, sûr de mon diagnostic, j'irais directement, par la laparotomie, atteindre le foyer hémorrhagique inaccessible par les voies naturelles, je viderais rapidement l'utérus de son contenu, et ensuite je le traiterais suivant l'état de l'opérée, soit par l'amputation supra-vaginale, soit par l'hystérectomie abdominale totale ».

L'opération césarienne dans la grossesse et l'accouchement compliqués de kyste ovarique.

Pendant la grossesse, le traitement de choix des kystes de l'ovaire est l'ovariotomie, surtout quand on peut l'exécuter au troisième ou quatrième mois de la gestation. Dans les derniers mois, l'ovariotomie étant fréquemment suivie de l'accouchement prématuré, on peut se demander s'il n'est pas préférable de pratiquer la ponction en présence d'un kyste uniloculaire.

L'opération césarienne n'est guère indiquée que

pendant le travail, quand on a affaire à une tumeur remplissant l'excavation pelvienne, qu'il est impossible de refouler, et dont la ponction ou l'incision ne peut évacuer le contenu, et quand l'ovariotomie n'est pas possible, soit à cause des adhérences, soit à cause de la difficulté d'atteindre les prolongements intra-pelviens de la tumeur.

Dans sa thèse, M. RÉMY a réuni 8 observations de section césarienne pratiquée dans ces conditions, 6 femmes ont succombé. Le pronostic semble donc très grave ; mais il faut tenir compte des conditions défavorables qui ont présidé à ces opérations ; de plus la thèse de M. RÉMY date de 1886 ; l'opération césarienne à cette époque n'avait pas encore profité de tous les avantages actuels que procure une asepsie parfaite.

Depuis cette époque, diverses opérations de PORRO, suivies de l'ablation de la tumeur furent pratiquées avec succès par DEBAISIEUX, PINARD, STAUDE, ROBSON, ROSNER, BOXALL.

« L'opération césarienne ou l'opération de PORRO ne me paraissent pas plus graves pour la mère que les violences aveugles et excessives exercées par les voies naturelles et l'on a, en outre, ainsi l'avantage de sauver l'enfant. Pozzi ».

L'opération césarienne post mortem et chez les femmes enceintes agonisantes.

La mort de la femme enceinte a été pendant longtemps la seule indication de l'opération césa-

rienne dans le but de sauver un enfant vivant et viable.

L'indication de la section césarienne a été étendue aux cas où le médecin est appelé auprès d'une femme enceinte agonisante, le fœtus étant en danger de mort si l'on n'intervient pas au plus tôt.

Cette intervention est passible de graves objections. Il est difficile de faire le diagnostic de la mort réelle dans certains cas d'une façon assez certaine et assez rapide pour que l'opération soit utile au fœtus. On a vu des femmes revenir à la vie pendant ou après l'opération ; chez les agonisantes, le choc est suffisant pour amener la mort rapide.

La section césarienne devant même dans ces cas être pratiquée avec les mêmes précautions et suivant le même manuel opératoire que chez la femme vivante et bien portante, elle présente l'inconvénient d'exiger des préparatifs dont la durée est nuisible et même fatale pour le fœtus qu'il s'agit de sauver.

C'est pourquoi, à l'heure actuelle, la plupart des accoucheurs préfèrent avoir recours à l'accouchement artificiel par les voies naturelles. Chez la femme morte ou supposée telle et chez les agonisantes, les tissus du col ont une laxité et une souplesse telles que la dilatation peut être rapidement obtenue avec la main ; le fœtus est ensuite extrait par le forceps ou la version, sans exposer la mère à aucune conséquence fâcheuse si elle revient à la vie.

Il est des cas où l'on ne peut douter de la réalité de la mort : ceux-là sont passibles de l'opération

césarienne qui permet d'extraire le fœtus plus rapidement et avec un moindre danger.

Quand un obstacle existe à l'extraction par les voies naturelles, rétrécissement pelvien, tumeur de l'excavation, cancer du col, etc... la section césarienne reprend tous ses droits.

En cas de mort subite, dit MORTAGNE, frappant une femme en pleine santé, la césarienne demeure préférable, le col ne se prêtant pas dans ces conditions à une dilatation suffisamment rapide.

CLAVERIE a réuni 24 cas d'accouchement artificiel post mortem : 14 enfants furent extraits vivants par le forceps ou la version ; ils survécurent.

THÉVENOT a relevé 15 fois la même intervention chez les agonisantes : 3 femmes guérirent ; 13 enfants furent extraits vivants, 5 vécurent.

Sur 17 observations, VITANZA note que 12 femmes se rétablirent, 14 enfants étaient en vie, 8 survécurent.

En 1882, MILLOT, sur 140 opérations césariennes post mortem, trouve 10 enfants vivants ; 2 seulement survécurent.

WINCKEL, en 1893, publie une statistique meilleure : sur 32 enfants extraits du ventre de femmes décédées, 11 ont survécu plus de 15 jours.

Par le raisonnement et par les faits, l'opération césarienne post mortem doit céder la place à moins de conditions particulières à l'accouchement artificiel par les voies naturelles.

De l'hystérectomie dans la grossesse molaire

Toutes les femmes qui ont une môle hydatiforme ne succombent pas aux hémorrhagies quelquefois terribles qui accompagnent cette anomalie de développement du produit de conception ; toutes ne sont pas exposées au déciduome malin. Beaucoup d'entre elles peuvent avoir dans la suite des grossesses normales.

Il n'est donc pas indiqué chez ces femmes de faire toujours et d'emblée l'hystérectomie.

Cette opération a ici des indications bien précises.

1° Quand on a constaté cliniquement, par le palper, la présence de bosselures à la surface externe de l'utérus, bosselures dues à la saillie des vésicules qui ont envahi le parenchyme utérin, l'extirpation de l'utérus est de rigueur ; dans ces conditions le déciduome malin est inévitable. On a d'autant plus de chances d'en éviter le développement que l'organe utérin sera enlevé plus tôt.

2° L'ablation de l'utérus s'impose quand l'organe est rompu soit au cours de l'expulsion spontanée de la môle, soit pendant les manœuvres qui ont pour but de faciliter cette expulsion ou d'en achever l'extraction.

3° La septicémie consécutive à la rétention de débris de grossesse molaire et résistant aux moyens ordinaires de traitement réclame rapidement l'hystérectomie.

L'opération peut permettre de sauver la malade de son état d'infection et prévient chez elle la tumeur maligne, qui est encore à craindre, car si l'infection résiste au traitement obstétrical c'est que la paroi utérine est envahie par les éléments épithéliaux et vésiculaires.

De l'hystérectomie dans l'inversion utérine puerpérale récente

Certains faits d'inversion utérine puerpérale résistent au traitement conservateur.

L'impossibilité absolue de la réduction, l'état d'infection de la paroi utérine, l'existence de plaques de sphacèle, les inconvénients d'une expectation prolongée sont des indications à l'hystérectomie. (Observations de PINARD-QUEIREL).

La voie vaginale (ou même extra-vaginale) sera naturellement suivie.

L'opération césarienne dans la rétraction de l'anneau de Bandl.

Opération de PORRO dans un cas de contracture du corps utérin au cours d'une présentation de l'épaule. Mort par sphacèle de l'intestin.

L'observation suivante, résumée, a été publiée par M. RUDAUX dans les Comptes-rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie de Paris (1^{er} décembre 1899).

Primipare, 35 ans, entre à Beaujon le 20 octobre 1899. Elle est enceinte de 7 mois environ, a des douleurs depuis 3 jours, toutes les 5 minutes, perd du liquide coloré depuis la veille au soir.

Enfant vivant, en présentation de l'épaule, dos en avant ; col effacé, dilaté comme une pièce de un franc ; segment inférieur distendu par la partie fœtale.

T. 39°. Pouls rapide. — On suppose la malade atteinte de grippe et on prescrit de la quinine et de l'antipyrine.

21 octobre, température normale.

Les douleurs ne se reproduisant plus, on met la femme au dortoir après avoir tenté en vain la version par manœuvres externes.

22 octobre. La malade perd un peu de sang ; col dilaté comme une pièce de 5 francs ; bords de l'orifice minces, denses, peu dilatables ; segment inférieur très tendu. On n'entend plus les battements du cœur fœtal.

A 2 heures, mise en place d'un ballon de CHAMPETIER.

A 4 heures, sous chloroforme, la main est introduite dans le vagin et le segment inférieur ; elle saisit facilement le bras du fœtus qui est attiré au dehors. Il est violacé et son épiderme, soulevé par des phlyctènes, se détache au moindre frottement.

On introduit de nouveau la main en se guidant sur le bras du fœtus ; on arrive sur un orifice étroit, contracté ou plutôt contracturé, qu'il est impossible de franchir,

Cette contracture correspond anatomiquement au bord inférieur de la musculature du corps utérin. L'embryotomie étant jugée impossible, M. RIBEMONT-DESSAIGNE est prévenu, essaie à son tour de pénétrer dans le segment supérieur, mais il rencontre le même obstacle invincible. L'opération de PORRO est jugée nécessaire.

T. 38,5. Il est impossible de faire sortir l'utérus de la cavité abdominale ; on l'incise *in situ*. Un fœtus de 2000 grammes est extrait ; une odeur fétide se dégage.

L'utérus est alors amené au dehors ; le pédicule étant formé, l'amputation utéro-ovarique est pratiquée.

Les jours suivants, état général excellent, facies normal, langue humide. T. 36,8. — P. 84 à 90.

Au 6^e jour, P. 120, T. 37,5. Nuit mauvaise, quelques vomissements verdâtres.

7^e jour, T. 39°. — P. 125. Vomissement de liquide rouge foncé, presque noir, sorte d'hématémèse au milieu de laquelle elle meurt.

Autopsie. — Pas trace de suppuration autour du moignon ; mais au niveau de la partie supérieure de la section abdominale, entre la peau et l'aponévrose, il existe une couche de tissu sphacélé, noirâtre, sur une largeur de 5 à 6 centimètres.

Gros intestin distendu par des gaz ; il est rouge. Toute la partie inférieure du rectum, sur la face en contact avec l'utérus, présente sur une longueur de 25 à 30 cent. une série de plaques de sphacèle sur la tunique externe.

Il existe à ce niveau des pertes de substance allant jusqu'à la muqueuse.

Ce sphacèle peut être interprété de plusieurs façons :

1. — Il peut être dû à la compression prolongée exercée sur cette portion de l'intestin par l'utérus contracturé. Le segment inférieur, dans les efforts d'expulsion, s'est en effet engagé fortement au niveau du détroit supérieur.

2. — Il faut tenir compte également de l'infection de l'œuf et du commencement de putréfaction fœtale qui, comme l'a remarqué M. RIBEMONT-DESSAIGNES, s'accompagne presque toujours du sphacèle rapide en des points variables.

En 1898, nous nous sommes trouvé en présence d'un cas analogue et nous avons pratiqué, M. GAULARD et moi, l'opération de PORRO. L'observation est relatée à la fin de notre travail.

On trouve dans la littérature obstétricale de nombreuses observations qui indiquent les difficultés que peut apporter à la terminaison de l'accouchement la rétraction ou contraction spasmodique de l'anneau de contraction. C'est quand il s'agit de pratiquer la version par manœuvres internes, comme dans les présentations de l'épaule, que les manœuvres opératoires présentent leur maximum de difficultés. Il est quelquefois impossible de faire cesser le spasme qui oppose un obstacle invincible à l'introduction de la main dans le segment supérieur de l'utérus.

Faut-il, dans ces cas, quitter la parturiente sous

prétexte que l'accouchement est impossible, et attendre que le spasme veuille bien cesser? Semblable conduite n'est pas admissible à l'heure actuelle: l'enfant succombera à moins que ce ne soit déjà chose faite; la mère est exposée à la rupture utérine, à l'infection, si le fœtus mort se putrifie. Il faut intervenir. L'opération de PORRO trouve son indication dans ces circonstances; en raison d'un certain degré d'infection utérine fréquente, elle doit être préférée à l'opération césarienne conservatrice.

Les interventions, disons-nous, sont pénibles, difficiles, quand l'anneau de BANDL est rétracté. M. CHÉRON, dans sa thèse, en cite de nombreux exemples. Nous donnons également plus loin une observation déjà publiée par M. GAULARD: au cours d'une présentation de l'épaule irréductible par la version, M. GAULARD exécute une embryotomie laborieuse à cause de l'élévation de la partie fœtale et de la tétanisation de l'utérus.

Après extraction du tronc très pénible, une basiotripsie s'impose pour extraire la tête seule. La perforation, difficile à cause de la mobilité de la tête fœtale, produit un accident: la perforation de la paroi utérine. Enfin le placement des branches de l'instrument est impossible et l'opération de PORRO est jugée nécessaire.

Qu'on lise l'observation de M. TOURNAY publiée par M^{lle} MOERLOOSE dans la Revue Obstétricale Internationale du 11 Janvier 1897, et l'on verra les tristes conséquences de la rétraction de l'anneau

de contraction au cours d'une présentation de l'épaule. La malade mourut quelques heures après l'extraction du fœtus par la version, des suites d'une rupture utérine.

Il est donc manifeste que la contracture, la rétraction spasmodique, le resserrement tétanique de l'anneau de contraction est dans certains cas, surtout dans les présentations de l'épaule, une indication à l'opération de PORRO.

L'opération césarienne dans l'insertion vicieuse du placenta

On lit dans le *Journal d'accouchements*, de Liège, sous le titre de : Section césarienne préventive pour un placenta praevia, la note suivante :

« Le Dr BERNAY, de Saint-Louis, a pratiqué l'opération césarienne préventive pour un placenta praevia central, le 19 novembre 1893. La femme, une Allemande, âgée de 42 ans, était à sa cinquième grossesse et enceinte de huit mois. État général bon. Travail commencé depuis douze heures. Aucune tentative de délivrance. L'opération fut complétée en 24 minutes 45 secondes, sauvant la vie à la mère et à l'enfant. Le quatorzième jour, la femme était en état de se lever. Cette opération constitue le premier cas heureux de section césarienne pour un placenta praevia aux États-Unis. »

« Que penser de cette audacieuse opération ? »

Vraisemblablement elle ne sera pas imitée, car l'opération césarienne entraîne par elle-même une mortalité maternelle de 10 % et les autres traitements des hémorrhagies par insertion vicieuse permettent de faire mieux. » (TISSIER, in TARNIER et BUDIN).

Dans le Boston Med. and Surg. journal de 1900, on trouve une observation de C. H. HARE qui a fait l'opération césarienne pour un cas de placenta praevia. La malade était dans de très mauvaises conditions, avait perdu beaucoup de sang, et HARE pensa que la femme avait plus de chances de vivre si l'enfant était enlevé par l'abdomen que par le vagin. La mère mourut onze heures après l'opération ; l'enfant vécut 13 jours. HARE pense qu'en prenant les cas comme ils viennent, en considérant la vie de la mère et de l'enfant, la section césarienne sauvera beaucoup plus d'existences que l'accouchement par les voies naturelles.

Dans l'Amer. Gyn. and obst. journal, Août 1901, nous avons trouvé un mémoire de E. Gustave ZINKE, intitulé : *la section césarienne est-elle justifiée dans le traitement du placenta praevia ?*

En voici le résumé :

L'opération césarienne a été pratiquée sept fois en Amérique et une fois dans ce pays par LAWSON TAIT, dans le traitement du placenta praevia.

Dans un rapport très soigné, sous forme de tableau, ZINKE donne des détails intéressants sur ces cas, les seuls, à sa connaissance, qui ont été ainsi traités. Six malades subirent l'opération

césarienne, deux l'opération de PORRO. Dans tous les cas il y avait insertion centrale.

Cinq mères et six enfants furent sauvés.

L'auteur pense qu'au point de vue statistique il faut exclure deux cas. Dans le premier, incomplètement rapporté, il est dit que l'opération fut faite dans de mauvaises conditions : la mère et l'enfant succombèrent.

Le second cas comprenait un fait de rigidité du col, probablement de nature néoplasique ; la dilatation forcée avec des dilateurs métalliques, les ballons de BARNES, etc., des hémorragies abondantes et répétées pendant 7 jours, avaient précédé l'opération, qui fut faite quand la malade avait une température de 102° F. et était probablement infectée. L'enfant mourut au bout de deux jours, et la mère mourut 12 heures après l'opération.

Les 6 cas restant donnent une mortalité maternelle de 17 % et pas de mortalité fœtale.

En prenant la moyenne de nombreuses statistiques de placenta prævia traités par le tamponnement, la dilatation, la version, etc., ZINKE trouve que la mortalité maternelle est de 25 % et la mortalité fœtale de 65,21 %.

La mortalité moyenne de la césarienne actuelle, d'après plusieurs statistiques, est de 4,14 % pour la mère et de 13 % pour l'enfant.

L'opération de PORRO étant une opération de nécessité quand il y a déjà quelque infection, la mortalité est beaucoup plus élevée : pour la mère 37 %, pour l'enfant 22,22 %.

En acceptant le traitement ordinaire pour la variété d'insertion vicieuse partielle, l'auteur conclut que l'opération césarienne et l'opération de PORRO sont parfaitement justifiées et constituent les procédés de choix dans tous les cas de placenta prævia central et complet, et spécialement lorsque la malade est primipare, que l'orifice interne est fermé, le col non effacé, quand l'hémorrhagie abondante ne peut être arrêtée par le tamponnement et que le décollement du placenta autour de l'orifice interne est difficile ou impossible.

Les accoucheurs français n'ont pas encore adopté cette indication de l'opération césarienne. La rupture large des membranes, le ballon de CHAMPETIER, la version bipolaire, la dilatation rapide du col par la méthode bimanuelle de M. BONNAIRE, donnent des résultats qui supportent parfaitement la comparaison avec ceux de la section césarienne dans ces cas.

CHAPITRE XIII

L'opération césarienne vaginale

Cette opération consiste à sectionner l'utérus par la voie vaginale ; cette hystérotomie vaginale, imaginée en avril 1895 par DÜHRSEN, fut pratiquée par ACCONCI, le 4 juillet 1895 et par DÜHRSEN, le 24 avril 1896.

Les indications d'après DÜHRSEN seraient les suivantes : Cas de dystocie cervicale et du segment inférieur causée par le cancer, les fibromes, la rigidité, la sténose, la dilatation sacciforme partielle du segment inférieur.

Affections des poumons, du cœur et des reins qui mettent la mère dans un danger que peut seule conjurer l'évacuation rapide de l'utérus.

Cas où la mère est dans un état grave et est visiblement perdue ; cette dernière indication est surtout en faveur de l'enfant.

D'ALLESSANDRO résume les indications de l'opération césarienne vaginale, en les classant par groupes :

1^{er} Groupe.

- a) Carcinome du col et du segment inférieur de l'utérus.
- b) Myome du col et du segment inférieur.
- c) Rigidité totale du col.
- d) Sténose du col et des parties contiguës du vagin.
- e) Dilatation sacciforme partielle du segment inférieur de l'utérus.

2^{me} Groupe.

Enclavement de l'utérus gravide rétrofléchi.

3^{me} Groupe.

Conditions graves qui menacent la vie de la mère et qui peuvent être évitées ou atténuées en évacuant l'utérus.

- a) Maladies des voies respiratoires.
- b) Maladies de la circulation.
- c) Maladies des reins.
- d) Eclampsie grave.
- e) Urémie.
- f) Vomissements incoercibles.

4^{me} Groupe.

Conditions graves menaçant la vie de la mère, dont elles détermineront certainement la mort.

5^{me} Groupe.

Opération césarienne vaginale chez les agonisantes ou immédiatement après la mort.

Après avoir fait cette énumération, d'ALLESSANDRO essaie d'établir les avantages de l'opération césarienne vaginale sur les autres interventions dans ces cas.

Elle devra, en beaucoup de circonstances, se substituer à l'opération césarienne classique.

Ayant une durée moins longue, la narcose devra être moins prolongée, et les chances de shock seront moindres ; les lésions de l'intestin seront moins fréquentes ; on supprime l'ouverture de l'abdomen, et, par là même, les dangers d'infection sont moins grands, surtout quand il s'agit de cancer utérin.

Les opérées évitent toutes les conséquences qui peuvent résulter d'une cicatrice abdominale.

La musculature du corps utérin n'ayant pas été endommagée, sa contractilité restera intacte, et on aura moins à redouter l'inertie utérine.

Si l'on considère les résultats opératoires relativement à la mère, on voit que sur 15 opérées, 3 sont mortes, soit une mortalité brute de 18,75 %, mais qui, réellement, est moindre.

12 fois l'opération a eu lieu pour cancer opérable du col, avec 2 morts.

Relativement au fœtus, le chiffre total de la mortalité est de 65,25 %, chiffre très élevé, qui n'est atteint par aucune opération obstétricale. Mais il faut tenir compte que le plus souvent on a eu affaire à des fœtus non encore viables, et si on fait abstraction de ces cas, la mortalité tombe à 25 %.

L'hystérotomie vaginale n'a pas encore reçu sa consécration en France; nous ne connaissons pas d'observations ayant été publiées.

Les faits provenant d'Italie et d'Allemagne sont encore trop peu nombreux pour qu'il soit possible de comparer la césarienne vaginale avec la laparohystérotomie.

Si l'on juge de sa valeur dans les cas de cancer opérable du col, on voit que les résultats sont satisfaisants, 10 cas de guérison sur 12 opérations.

BRITSCH déclare qu'en pareil cas on doit renoncer à la césarienne, au PORRO, et à l'ablation abdominale totale, pour recourir à la césarienne vaginale, suivie de l'hystérectomie totale par la même voie.

Technique opératoire

L'utérus est abaissé avec deux pinces fixées sur le col; les culs-de-sac vaginaux sont ouverts; le vagin est décollé, en avant, de la vessie; en arrière, du péritoine et de la cavité de DOUGLAS. Puis, la face antérieure et la face postérieure de l'utérus sont incisées de bas en haut depuis l'orifice externe jusqu'à l'orifice interne et même un peu plus haut, s'il est nécessaire.

Les membranes sont rompues, et l'on procède à l'extraction du fœtus, soit avec la main, soit avec le forceps. Le délivre est enlevé.

Une injection sous-cutanée d'ergotine assure le retrait de la matrice. On tamponne la cavité utérine et on suture les incisions.

Cette technique n'est pas aussi simple qu'on pourrait le croire à priori ; les sutures sont principalement difficiles à exécuter et à ce point de vue l'hystérotomie abdominale nous paraît plus facile.

C'est pourquoi nous croyons que la véritable indication de l'hystérotomie vaginale est le cancer opérable du col, quand on se propose de terminer l'opération par l'hystérectomie vaginale.

La technique est alors la suivante :

On commence habituellement par enlever la masse cancéreuse ; puis, après avoir ouvert circulairement le vagin et décollé la vessie, on incise les culs-de-sac péritonéaux vésico-utérin et recto-vaginal et on suture le péritoine aux parois antérieure et postérieure du vagin. L'utérus abaissé est alors incisé comme précédemment en avant et en arrière ou simplement sur sa face antérieure, comme le conseille SCHAUTA ; l'ouverture est ainsi suffisante. On extrait le fœtus, et, après suture et ligature des ligaments larges, l'utérus est extirpé en totalité, avec le placenta (MAYGRIER).

CHAPITRE XIV

Technique de l'opération césarienne conservatrice

Moment de l'opération. — BAUDELOCQUE reconnaissait un temps de nécessité et un temps d'élection.

Le temps de nécessité a toujours donné des résultats déplorables pour l'opération césarienne conservatrice. La femme est fatiguée, épuisée, infectée ou menacée d'infection; le fœtus a souffert, est mourant ou a succombé. Ce temps de nécessité n'est plus admis par les accoucheurs modernes, qui, dans ces conditions, substituent à l'opération césarienne conservatrice l'amputation supra-vaginale de l'utérus.

Le temps d'élection comprend l'intervention au terme de la grossesse, avant le début du travail, ou bien dès que les contractions utérines ont commencé, ou bien encore très peu de temps après la rupture des membranes.

LÉOPOLD et HAAKE veulent que la « parturiente ait de fortes douleurs. »

OLSHAUSEN et VEIT attendent également l'établissement des contractions utérines ; il en est de même d'EVERKE, de MM. PINARD et BUDIN ; MAYGRIER est du même avis, si le diagnostic de l'âge de la grossesse est incertain. Sinon, il se range à l'opinion de TARNIER, de M. BAR qui préfèrent opérer avant le début du travail.

Le meilleur moment est à terme, lorsque les douleurs commencent, dit REED, tandis que DAVIS reconnaît beaucoup d'avantages à décider du moment de l'opération. « L'infection, dit-il, est moins à craindre par suite d'examen vaginaux ; il y a un moindre traumatisme des parties molles provenant des efforts de la contraction utérine cherchant à faire passer le fœtus par les voies naturelles.

» On peut faire plus attention à l'asepsie concernant la malade et le milieu ; on peut rassembler ses aides, disposer d'un bon éclairage, naturel ou artificiel, d'une salle d'opérations bien aménagée. Pour ces raisons l'opération étant décidée, il est préférable de la pratiquer deux ou trois jours avant le terme présumé de la grossesse. » (DAVIS).

Ce serait parfait s'il était possible de diagnostiquer le terme de la grossesse à deux ou trois jours près.

« En opérant avant le travail, dit TARNIER, on se met dans les conditions d'une laparotomie gynécologique, car on a tout le temps de s'occuper des

préparatifs nécessaires ; de plus on opère de jour, ce qui est plus commode.

» Attendre que le travail ait commencé, c'est, en effet, s'exposer à intervenir à un moment incommode, et dans des conditions moins favorables pour la mère (risques de rupture prématurée des membranes) ou pour l'enfant (risques de procidence du cordon).

L'intervention faite avant le début du travail, à date fixe, fait disparaître ces inconvénients. (BAR).

Dans 10 cas opérés par CHARLES, il y eut de fortes contractions et un drainage parfait.

Cette méthode est cependant passible de quelques objections :

Etant donnée la difficulté de connaître exactement le terme de la grossesse, on s'expose à opérer trop tôt et à extraire un prématuré.

On a invoqué la crainte de l'atonie utérine au cours de l'opération. (Cas de TREUB, d'EVERKE) ; M. BAR ne l'a jamais notée.

Lorsque le travail est commencé, le col a subi quelques modifications qui permettront un écoulement plus facile des lochies.

Quant à la possibilité d'un accouchement spontané, elle ne doit pas entrer en ligne de compte. Cette éventualité n'est guère probable dans les cas soumis à la section césarienne conservatrice, tout le monde étant d'accord pour opérer au moins dès l'apparition des contractions, ou le moins de temps possible après la rupture des membranes.

Préparatifs. — Ce sont ceux de toute laparotomie.

Asepsie parfaite de la femme (paroi abdominale et vagin), des instruments, des objets de pansements, des mains des aides et de l'opérateur. Tenir prêts un lien élastique, des broches, au cas où l'opération de PORRO deviendrait nécessaire. Une chambre vaste, bien éclairée, fortement chauffée, désinfectée antérieurement si possible, quand on opère dans la clientèle, constitue une condition favorable.

Deux aides suffisent : l'un pour l'anesthésie, l'autre pour assister directement l'opérateur. Un troisième est utile pour les soins à donner à l'enfant.

La malade, bien préparée, l'intestin et la vessie vides, les membres inférieurs entourés de flanelle, est placée sur une table assez élevée garnie d'un matelas, recouvert d'une toile imperméable et d'un drap bouilli ou étuvé. Une injection préventive de 15 gouttes d'ergotinine constitue une bonne précaution contre l'hémorrhagie par atonie utérine.

L'opération proprement dite comprend les temps suivants : Le champ opératoire bien limité par des serviettes bouillies : 1^o *Incision de la paroi abdominale*, sur la ligne blanche, de telle sorte que ses deux tiers supérieurs soient au-dessus de l'ombilic.

Il est important de pratiquer cette section très doucement, en raison de la minceur de la paroi ; on a vu sectionner prématurément l'utérus et

blessier le fœtus ; la longueur de l'incision sera de seize à dix-huit centimètres. Ouverture de la cavité péritonéale : chaque lèvre de l'incision péritonéale sera repercée avec une pince à forcipressure.

L'utérus se présente à nu, généralement par son bord gauche ; il est ramené sur la ligne médiane, par pression de l'aide sur la paroi abdominale.

2^o Incision de l'utérus. — Nous ne parlerons ici que de l'incision médiane sur la face antérieure, nous réservant plus loin la discussion de ce point opératoire.

L'utérus doit être incisé in situ. Il est inutile de l'énucléer de la cavité abdominale ; la cavité péritonéale sera mise à l'abri de l'irruption du sang et du liquide amniotique (qui d'ailleurs ne doit pas être septique), par des compresses-éponges bouillies et par application intime de la paroi abdominale contre la paroi utérine sous la surveillance de l'aide.

En un point voisin de l'angle supérieur de la plaie abdominale, dit M. BAR, en évitant l'endroit où l'on voit de gros vaisseaux et des parties fœtales plus que l'insertion placentaire, on fait avec le bistouri une ponction de la paroi utérine ; on donne à cette incision deux ou trois centimètres de longueur et on y plonge l'index gauche, jusque dans l'œuf. Avec des ciseaux mousses ou un bistouri boutonné, guidé sur le doigt, on prolonge l'incision par en bas sans descendre jusqu'à l'anneau de BANDL, ou tout au moins sans le dépasser, puis par en haut, de façon à lui donner une étendue de

16 cent. au minimum. Si le placenta se trouve sur la ligne médiane, on le sectionne franchement en même temps que la paroi utérine.

L'aide doit redoubler d'attention pour maintenir ses compresses-éponges en place et pour éviter la sortie de l'intestin dans le temps qui va suivre.

3° Extraction de l'enfant et de l'arrière-faix.

L'incision utérine faite, l'opérateur introduit rapidement la main dans la cavité utérine, cherche un pied en haut ou en bas, selon la présentation, et pratique l'extraction par le siège. La sortie de la tête offre-t-elle quelque difficulté, on emploie la manœuvre de MAURICEAU, ou bien l'on agrandit vers le haut et d'un coup de ciseaux l'incision utérine. Une pince est placée sur le cordon que l'on sectionne et l'enfant remis à l'aide qui doit s'en occuper, le ranimer au besoin. L'enfant extrait, l'utérus se rétracte (c'est le moment pour l'aide de veiller à l'intestin).

L'organe gestateur est maintenant amené hors du ventre; l'opérateur achève le décollement du placenta, l'extrait lentement en évitant la déchirure des membranes. La main explore de nouveau la cavité utérine, on extrait les caillots ou les débris de membranes qui pourraient s'y trouver. La cavité utérine devant être saine, il ne reste qu'à faire les sutures.

C'est après énucléation de l'utérus que quelques opérateurs placent autour du col un lien élastique ou une compresse tordue que l'aide est chargé de serrer en cas d'hémorrhagie.

M. BAR est d'avis que cette striction favorise l'hémorrhagie par inertie consécutive ; il est quand même prudent de le placer mais il n'est pas besoin de faire la striction si l'écoulement sanguin est modéré.

Est-il au contraire très abondant, menaçant la vie de la femme, il suffit de serrer pour parer à toute fâcheuse éventualité ; il devient alors nécessaire d'amputer l'utérus. En raison des inconvénients de ce procédé, on préfère, en cas d'hémorrhagie, recommander à l'aide de saisir les ligaments larges et de les comprimer entre les doigts, pendant que l'on applique les sutures, qui, règle générale, mettent fin à l'écoulement du sang.

4^o. Suture de l'utérus.

On se sert de préférence de soie plate stérilisée n^o 2 ; une aiguille courbe est introduite à un centimètre du bord de la plaie dans toute l'épaisseur de la paroi utérine ; on la dirige ensuite de dedans en dehors vers l'autre lèvre de la plaie de façon à la faire sortir en un point symétrique à la même distance d'un centimètre. L'aiguille est chargée du fil qui, une fois placé, est lié et coupé immédiatement.

On place ainsi 10 à 12 sutures à un centimètre et demi de distance,

Quelques points superficiels sont souvent nécessaires pour assurer la parfaite coaptation des lèvres de la séreuse péritonéale.

Si un écoulement sanguin important semble provenir d'une piqure, il suffit de placer un fil parallèlement à la plaie et de serrer.

La suture terminée, on enlève les compresses-éponges, on fait la toilette de la cavité péritonéale avec quelques compresses montées pour l'assécher du sang, du liquide amniotique qui a pu y pénétrer ; on replace l'utérus dans le ventre, les intestins en arrière et l'épiploon en avant.

5° Suture de la paroi abdominale.

Suture en surjet au catgut du péritoine, deuxième surjet sur la couche musculaire. Suture de la peau à points séparés avec des crins de Florence.

6° Pansement.

Gaze stérilisée sur la plaie ; large pansement ouaté ; bandage de corps légèrement compressif. Pansement vulvaire après cathétérisme.

7° Soins consécutifs.

La malade est replacée dans son lit chauffé, maintenue à la diète pendant quelques heures. Semble-t-elle déprimée, on lui injectera 500 grammes de sérum artificiel. Un peu plus tard on lui permettra de prendre quelques cuillerées de champagne, de lait coupé d'eau de Vals.

En cas de douleur et d'agitation, une piqûre de morphine est indiquée.

Alimentation liquide pendant les premiers jours ; cathétérisme régulier de la vessie 2 ou 3 fois par 24 heures ; douche rectale le 3^e jour. Toilettes vulvaires.

L'enfant sera mis au sein dès que la montée laiteuse aura lieu.

Sauf complications, le pansement sera renou-

velé le 8^e jour, les fils enlevés vers le 10^e ou 12^e jour.

L'opérée pourra généralement se lever vers le 20^e jour et portera une ceinture abdominale.

DÜHRSEN et BAR apportent une légère modification à cette technique : avant de suturer l'utérus, ils placent de bas en haut dans sa cavité une mèche de gaze iodoformée, dont l'extrémité inférieure affleure le col de l'utérus. Un tampon de gaze a été préalablement introduit dans le vagin.

Le pansement abdominal terminé, le tampon vaginal est enlevé, la mèche intra-utérine est amenée en partie dans le vagin, qui est de nouveau tamponné à la gaze.

Les jours suivants, on renouvelle ce pansement en attirant progressivement au dehors la bande de gaze intra-utérine, si bien que vers le 5^e jour il n'en reste plus dans l'utérus.

Les avantages de ce procédé consisteraient dans l'excitation de l'utérus à se contracter, à prévenir ainsi toute hémorrhagie, à remplir le rôle de drain pour l'écoulement lochial.

Cette modification n'est pas absolument indispensable et la majorité des opérateurs s'en abstiennent. Il en est une autre qui paraît plus importante et sur laquelle nous devons insister : le siège de l'incision de la paroi utérine.

De l'incision de la paroi utérine

Nous ne ferons que signaler l'incision transversale du segment inférieur de KEHRER, l'incision verticale de la face postérieure de COHNSTEIM. Nous

devons au contraire nous arrêter sur l'incision verticale de la face antérieure de l'utérus et sur l'incision transversale du fond de l'organe.

BAUDELLOCQUE, 1796, faisait une section élevée sur l'utérus. Parmi les modernes, GARDIEN, CAPURON, DÉSORMAUX, STOLTZ, LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, recommandent de rapprocher le plus possible l'incision du fond de la matrice.

OSIANDER, JOERG incisaient l'utérus sur la face antérieure, mais au niveau du segment inférieur.

SÄNGER fit le procès de l'incision de KEHRER et en signala les dangers : blessure possible de la vessie, éventualité d'hématomes sous-péritonéaux en raison de la faible adhérence du péritoine à la paroi musculaire à ce niveau, infection facile de la plaie, etc.

De plus, le segment inférieur, moins riche en fibres musculaires, a moins de tendance à la rétraction et prédispose plus à l'hémorragie.

SÄNGER recommande l'incision médiane antérieure sur le tiers moyen du corps utérin. C'est l'incision adoptée par la majorité des accoucheurs. « Le point capital, dit M. BAR, est de la faire porter sur les points au niveau desquels le péritoine est intimement adhérent à la tunique musculaire du corps utérin. Ce choix découle de la facilité avec laquelle, sur toute cette région, le péritoine vient de lui-même, une fois l'incision faite et l'utérus vide, s'infléchir sur la plaie musculaire de la paroi qui se rétracte. L'adossement des parois séreuses se fait de lui-même au moment de l'application des sutures

et le manuel opératoire se trouve singulièrement simplifié. Or, il est facile de tracer sur la face antérieure de l'utérus la région où existe une semblable adhérence.

» Décrivez, sur la face antérieure d'un utérus pris immédiatement après la délivrance, deux lignes courbes partant chacune de l'anneau de BANDL, à un centimètre environ du plan médian, se portant en haut et un peu en dehors, puis se réclinant franchement en dehors pour gagner l'insertion du ligament rond sur l'utérus. Toute la partie située entre ces deux lignes pourra être attaquée par le bistouri ; le péritoine y est, en effet, intimement uni à la couche musculaire. »

C'est pour cette raison que M. BAR ne fait jamais descendre son incision au-delà de l'anneau de BANDL. La tendance actuelle est de la faire un peu plus haut que ne l'a indiqué SÄNGER.

Cette incision verticale et médiane porte sur une région de la paroi d'égale épaisseur, sur le point où, d'après les recherches de FREDET, l'on a le moins de chance de rencontrer des gros vaisseaux. Elle risque de couper ces vaisseaux perpendiculairement à leur axe ; c'est moins important s'ils sont petits.

L'extraction du fœtus est facile pourvu que l'incision soit assez élevée, un peu plus que celle de SÄNGER ; enfin la section longitudinale de la paroi utérine se trouve facilitée par sa concordance avec l'incision de la paroi abdominale ; la suture est également plus facile.

En 1897, FRITSCH recommanda l'incision transversale du fond de l'utérus, entre les deux trompes, sur une étendue de 15 à 16 centimètres, pour les raisons suivantes : la paroi abdominale peut être incisée plus haut que d'habitude, ce qui rend l'éventration moins à craindre ; l'hémostase est aisée, l'utérus pouvant être facilement comprimée par la main d'un aide ; le sang est d'ailleurs peu abondant, car la plaie est parallèle aux vaisseaux importants de la face antérieure de l'utérus ; les liquides n'ont aucune tendance à passer dans le péritoine et s'écoulent facilement au dehors ; enfin, l'enfant se présentant d'ordinaire par le sommet, ses pieds sont voisins de l'ouverture utérine et l'extraction est plus facile.

Le fœtus et l'arrière-faix enlevés, l'utérus, par suite de la contraction musculaire énergique du fond, se rétracte bien ; la longueur de l'incision diminue, et il n'est nullement besoin d'un grand nombre de sutures pour arrêter le léger écoulement sanguin.

Avec cette incision, les sutures sont perpendiculaires aux vaisseaux, les fils bien placés et serrés préviennent toute hémorrhagie secondaire.

Le péritoine vient s'infléchir de lui-même entre les lèvres de la plaie utérine, ce qui facilite la fermeture de l'utérus.

Résumons quelques opinions sur ce sujet. HOLZAPFEL trouve à l'incision transversale du fond l'avantage de rencontrer moins souvent le placenta.

MANN est du même avis : l'incision de FRITSCH est la meilleure si le placenta est en avant.

Il y a moins de chances de sectionner le placenta, dit REED, depuis que BIDDER a trouvé une implantation du placenta sur le fond 8 fois seulement sur 139 cas.

SCHROEDER (de Bonn) qui l'a pratiquée 4 fois lui reconnaît des avantages, surtout si l'opération de PORRO devient nécessaire.

CLÉMENT l'employa avec succès dans un cas de cancer inopérable du col : l'incision peut être ainsi faite plus haut et la cavité abdominale protégée contre toute souillure.

HAIDENHAIN a opéré 2 ostéomalaciques avec succès par cette incision.

SIEDENTOPF en est partisan : enfin FRITSCH eut d'autres imitateurs : HAIN, JOHANNONSKY, LÉOPOLD, THUMIN, BRAITENBERG, PERLIS, CRYZEWICZ, BIERMER ; CHARLES (de Philadelphie) juge que cette méthode est de plus en plus employée.

GÜMMERT fit l'incision transversale du fond dans 11 cas. Il la croit moins favorable que l'incision classique, parce qu'elle occasionne des adhérences, qui compromettent les grossesses ultérieures. Il reconnaît cependant qu'avec l'incision transversale on gagne du temps et que les bords de la plaie s'adaptent parfaitement.

D'après FREUND, l'incision transversale donne lieu à des hémorrhagies, à des difficultés plus grandes pour l'extraction du placenta ; les membranes se déchirent plus facilement.

A côté des partisans, il y a les non-partisans.

CRIZEWICZ soutient que l'incision de FRITSCH prédispose à l'inertie utérine.

EVERKE, avec une expérience de 25 cas, trouve que la plaie se cicatrise mal parce que l'apport vasculaire est contrarié, que l'infection secondaire est plus probable et qu'il y a ainsi de plus grands dangers d'adhérences viscérales.

HÜBL est fortement opposé à l'incision transversale du fond de l'utérus dans l'opération césarienne : elle est faite, dit-il, à travers la portion la plus mince de la paroi utérine ; de là une moindre facilité pour la suture de la plaie.

VEIT ne voit pas d'avantages à l'incision de FRITSCH, d'autant qu'il ne sort jamais l'utérus pour l'incision.

RIEDINGER reproche à cette incision de faciliter la ventro-fixation involontaire de l'utérus par suite des adhérences avec les organes voisins que peuvent occasionner les extrémités des fils de suture. Pour lui, cette nouvelle incision s'écarte du principe de convergence des sutures, convergence qui a bien ses avantages. Il l'a cependant pratiquée deux fois avec succès.

G. BRAUN y a eu recours et a observé une notable hémorrhagie.

SCHALLER la fit deux fois ; la première fois, l'enfant se présentait par le siège, l'extraction fut difficile et l'utérus se déchira.

Avec cette incision, HAIN coupa le placenta 3 fois sur 11 cas.

STEINTAHL fait remarquer que l'incision transversale du fond est facile, rapide ; mais il prétend qu'elle ne permet pas toujours l'extraction du fœtus, et qu'une incision longitudinale complémentaire est quelquefois nécessaire.

Les résultats obtenus par le procédé de FRITSCH ont été publiés par O. TRINKS, HUBL, HAIN. HAIN, en décembre 1899, rassemble 62 cas d'opération césarienne par le procédé de FRITSCH ; sur ces 62 cas, il y a eu 57 césariennes conservatrices, 14 opérations de PORRO et 1 ablation totale, avec 4 décès.

Sur les 47 césariennes conservatrices, 3 femmes ont succombé, ce qui donne le chiffre favorable de 6.38 % de mortalité.

Ce chiffre, quoique favorable, n'est pas meilleur que celui que fournit l'incision longitudinale.

L'incision de FRITSCH ne rend pas plus facile l'extraction de l'enfant que la section longitudinale élevée ; les accoucheurs redoutent de moins en moins l'incision du placenta que la méthode de FRITSCH n'évite pas toujours ; elle peut donner lieu à une hémorrhagie grave par section d'un gros vaisseau dans le sens de sa longueur ; elle n'expose ni plus ni moins que l'incision verticale aux adhérences utéro-pariétales qui dérivent de l'infection de la plaie et non de sa situation ; l'une et l'autre, siégeant dans la région de l'adhérence péritonéale au tissu musculaire favorisent à un degré égal l'affrontement des séreuses.

Chose certaine, il est incommode d'inciser transversalement l'utérus *in situ* à travers une ouver-

ture longitudinale ; il y a lieu de craindre que les extrémités de l'incision n'intéressent les gros vaisseaux situés sur les parties latérales de l'utérus ; si l'incision est insuffisante, il y a danger à l'agrandir de chaque côté.

En résumé, nous dirons, avec M. BAR, que la modification de FRITSCH est peu importante et que jusqu'à nouvel ordre on peut et on doit s'en tenir à l'incision longitudinale pratiquée aussi haut que possible ; il n'y aurait indication à l'incision de FRITSCH qu'au cours d'une césarienne répétée en présence d'une minceur extrême de la paroi utérine suivant l'ancienne cicatrice.

En 1898, MÜLLER a préconisé l'incision sagittale du fond de l'utérus ; c'est l'incision longitudinale de SÄNGER, de BAR, de la plupart des opérateurs, reportée beaucoup plus haut, de façon à intéresser les deux parois antérieure et postérieure ; OLSHAUSEN suivait la même conduite lorsqu'il n'a pu déterminer nettement par le palper la situation exacte du placenta.

Nous terminerons cette étude comparative en rapportant la statistique de FRANCK (de Cologne).

Prenant comme point de départ une série de 13 observations, l'auteur conclut qu'au point de vue de la vie de l'opérée le siège de l'incision utérine est sans importance. La statistique comprend :

2 fois incision transversale profonde de la face antérieure.

3 fois incision de la face antérieure en partant du fond.

- 1 fois incision du fond dirigée en arrière.
- 3 fois » transversale du fond.
- 1 fois » de la paroi postérieure.
- 3 fois » verticale de la paroi antérieure descendant profondément jusque sur le segment inférieur.

Une seule femme a succombé par péritonite, sans que le choix de l'incision pût être incriminé.

On pourrait donc dire que tous les procédés sont bons ; le meilleur est, à l'heure actuelle, l'incision longitudinale haut située ; le point capital pour le succès de la césarienne conservatrice est une technique parfaitement aseptique.

Technique de l'opération de Porro

La technique de l'opération de PORRO classique comprend les mêmes soins, les mêmes préparatifs, que la césarienne conservatrice. Nous passerons en revue les particularités de chaque temps de l'opération.

1^o Incision de la paroi abdominale. — Elle exige les mêmes précautions ; elle sera plus étendue si l'on veut énucléer l'utérus de la cavité abdominale avant d'extraire l'enfant, selon le procédé de MÜLLER. Elle devra avoir une longueur de 23 à 25 centimètres.

Cette énucléation de l'utérus n'est pas indispensable si l'organe n'est pas infecté ; elle devient nécessaire en cas contraire. Elle n'est cependant pas toujours possible : c'est alors que les compresses-éponges protectrices, l'exacte adaptation de la paroi

abdominale contre la paroi utérine sont de rigueur. Règle générale, il est préférable de sortir l'utérus gravide de la cavité abdominale.

2° Incision de la paroi utérine. — Elle devra être faite aussi haut que possible pour faciliter la formation du pédicule. La méthode de FRITSCH pourra être préférée.

3° Extraction du fœtus. — Elle sera faite comme dans la césarienne conservatrice. Quant à l'arrière-faix, on pourra le laisser.

4° Amputation utéro-ovarique. — Aussitôt l'enfant extrait, l'opérateur soulevant l'utérus, l'aide s'empresse d'appliquer le lien élastique, sur le col de l'utérus, au-dessous du segment inférieur, lui fait faire deux tours serrés, croise les deux chefs et au point d'entrecroisement une forte pince est appliquée. Une ligature solide à la soie remplacera la pince dès qu'on se sera assuré que la ligature élastique est bien placée, qu'elle comprend les trompes et les ovaires, que la vessie ou une anse intestinale n'est pas pincée.

Entre temps, il est indiqué, si la cavité utérine est septique, de la bourrer de gaze iodoformée.

On pourrait dès maintenant sectionner l'utérus, mais il est préférable de passer de suite au cinquième temps pour revenir ensuite au quatrième temps.

5° Fixation du pédicule à l'angle inférieur de la plaie abdominale et suture de la paroi abdominale.

De façon à éviter l'épanchement intra-périto-

néal du contenu utérin, souvent septique, SCHAUTA, BRAUN, M. PINARD et la plupart des accoucheurs préfèrent, avant d'amputer l'utérus, fixer le pédicule à l'angle inférieur de la plaie abdominale à l'aide de sutures unissant le feuillet pariétal du péritoine au feuillet viscéral.

La suture de la paroi abdominale se fera en trois étages comme dans la césarienne conservatrice. Elle sera protégée par une compresse aseptique et alors seulement on amputera l'utérus, soit avec le bistouri, soit avec des ciseaux à trois centimètres au-dessus du lien élastique. L'hémostase étant complète, la surface de section doit rester blanche. Pour assurer la fixité du moignon, l'empêcher de s'enfoncer dans la cavité abdominale, on le transperce avec deux broches en acier placées perpendiculairement l'une à l'autre au-dessus du tube élastique.

6° Traitement du pédicule et pansement. — Il est recommandé de cautériser la cavité du pédicule et sa surface de section avec le thermocautère ou une solution de chlorure de zinc au 1/10.

Une bande de gaze iodoformée entoure le moignon, passant au-dessous des broches pour éviter toute compression douloureuse ou même des escharres ; le tout est saupoudré d'iodoforme ou d'un mélange d'iodoforme et de tannin et un pansement à la gaze stérilisée recouverte d'ouate est maintenu par un bandage de corps.

Après cathétérisme de la vessie, on met sur la

vulve un pansement ouaté et l'opérée est remise dans son lit.

Les soins consécutifs sont les mêmes que ci-dessus. Sauf infection du moignon, le pansement est laissé en place 7 ou 8 jours ; les sutures abdominales sont enlevées du 10^e au 12^e jour ; du 15^e au 20^e jour le pédicule se détache entraînant le tube élastique. Reste un cratère qui exige quelques pansements et qui se comble par bourgeonnement.

Technique de l'hystérectomie abdominale subtotale

Le manuel opératoire, jusqu'à l'extraction de l'enfant, est semblable à celui de l'opération césarienne. Reste à faire l'amputation de l'utérus.

On commence par l'isoler en le séparant des annexes. A cet effet, l'insertion du ligament large sur l'utérus est comprise entre deux pinces dont l'une saisit le ligament large au ras du bord même de l'utérus et l'autre un peu en dehors.

On taille un lambeau péritonéal antérieur, limité en haut par une incision curviligne allant d'un bord utérin à l'autre, intéressant le péritoine seul. Repéré avec des pinces, il est détaché de haut en bas, soit avec le doigt, soit avec un instrument mousse, jusqu'au-dessous du cul-de-sac vésico-utérin, de manière à atteindre la portion sus-vaginale du col.

L'isolement du lambeau antérieur permet d'arriver sur les parties latérales du col et d'y atteindre

les artères utérines, que l'on saisit avec de bonnes pinces de KOCHER.

En faisant basculer l'utérus en avant, on peut, si on le juge nécessaire, tailler en arrière un second lambeau péritonéal.

Abordant ensuite le col par le côté le plus accessible, on le tranche au niveau de sa portion sus-vaginale, à 15 cent., au-dessus de l'insertion vaginale.

La cavité cervicale est cautérisée au thermocautère et l'on suture les deux lèvres du moignon.

On lie les artères utérines, les pédicules funiculaires et utéro-ovariens et on enlève les annexes.

Pour reconstituer le plancher péritonéal, les deux lambeaux péritonéaux, antérieur et postérieur sont suturés l'un à l'autre par un surjet qui est continué latéralement à droite et à gauche pour réunir les feuilletts péritonéaux antérieur et postérieur de la base des ligaments larges, de manière à fermer la surface cruentée résultant de la section de ces ligaments.

Au-dessous de cette suture sont enfoncées les ligatures artérielles.

On restitue ainsi au petit bassin un revêtement péritonéal complet et étanche, traversé de gauche à droite par une ligne de suture s'étendant de l'extrémité externe d'un des pédicules utéro-ovariens à celui du côté opposé.

Dans les cas simples on referme complètement la paroi abdominale par une suture à 3 étages. Sinon, on établit un drainage abdominal par un

gros tube en caoutchouc entouré de gaze stérilisée, placé verticalement dans le petit bassin et sortant par l'angle inférieur de la plaie abdominale.

Technique de l'ablation de l'utérus dans les ruptures complètes de l'organe (HARTMANN).

Pour les ruptures antérieures qui, par suite de la réflexion plus élevée du péritoine sur le muscle utérin, s'accompagnent de lésions plus étendues du tissu cellulaire, il y a lieu de recourir, dit M. HARTMANN, au procédé un peu irrégulier que voici.

D'abord suturer les déchirures péritonéales, marsupialisant en quelque sorte le tissu cellulaire sous-jacent contus. Puis, après avoir lié les utéro-ovariennes, pincé et lié les utérines, sectionner l'utérus en arrière au-dessus du col ; on complète ainsi la séparation faite en avant par la rupture, laquelle siège bas d'une façon habituelle.

Comme le moignon est constitué par des tissus contusionnés en avant, qu'il existe un large décollement sous-péritonéal, au lieu de faire la suture régulière du péritoine par dessus le col conservé, nous amenons le moignon au contact de la face profonde de la paroi abdominale dans l'angle inférieur de la plaie, fermant au-dessus le péritoine avec un gros catgut, qui réunit la lèvre droite à la lèvre gauche en chargeant au passage la face postérieure du moignon utérin, dont la portion cruentée est, ainsi que le décollement sous-péritonéal antérieur, isolée de la grande cavité péritonéale et mise

en communication avec l'extérieur par un tamponnement à la gaze pour assurer le drainage des parties contuses.

Le reste de la plaie au-dessus est réuni par deux étages de sutures, un au catgut pour le péritoine et la paroi musculo-aponévrotique, un au crin de Florence pour la peau.

Le succès obtenu dans deux cas plaide en faveur de cette manière de procéder, qui nous semble supérieure aux modes d'exérèse ordinairement usités en pareil cas, le PORRO, l'hystérectomie abdominale totale.

Le PORRO, avec sa broche, son lien élastique, la gangrène du moignon, n'est en somme que l'ancienne hystérectomie abdominale avec pédicule externe, procédé aujourd'hui abandonné complètement par les chirurgiens à cause de la lenteur de la guérison, de la suppuration inévitable au niveau du sillon de séparation, de la fréquence des phlébites consécutives.

Le procédé que nous avons employé est une sorte d'hystérectomie supra-vaginale passant par le foyer de rupture, combinée à la reconstitution du péritoine déchiré et à l'extériorisation des parties contuses et à leur drainage.

Cette opération rapide et non sanglante (ce qui a son intérêt chez des femmes très affaiblies par le fait même de leur rupture) assure l'écoulement au dehors des exsudations qui pourraient se faire dans le tissu cellulaire déchiré et contus.

Quant aux ruptures siégeant en arrière du pédicule utérin, M. HARTMANN estime que l'hystérectomie supra-vaginale régulière avec drainage du cul-de-sac recto-utérin, est le procédé de choix.

OBSERVATIONS

(recueillies à la Clinique obstétricale de Lille).

OBSERVATION I

Bassin rachitique. — Opération de Porro.

T. Adolphine, 34 ans, primipare, n'a commencé à marcher qu'à l'âge de 6 ans. Elle porte de nombreux stigmates de rachitisme : la taille est petite, 1^m 37 ; les tibias sont fortement incurvés, la convexité de la courbure regardant en dehors ; les fémurs présentent une convexité externe très prononcée et dessinent une parenthèse très accentuée. Le chapelet rachitique est des plus manifeste. La face n'offre rien de caractéristique.

La pelvimétrie externe donne les dimensions suivantes :

Diamètre des épines 255 millimètres.

Diamètre des crêtes 230 . »

Par le toucher vaginal, on sent la face antérieure du sacrum convexe en avant ; le diamètre antéro-postérieur pris sur un faux promontoire sacré, à

l'union de la première vertèbre sacrée avec la seconde, mesure 70 millim. sans déduction. De plus, le bassin est petit dans son ensemble.

Le travail étant commencé, la poche des eaux rompue depuis plusieurs heures, la dilatation plus grande qu'une pièce de 5 francs, l'opération césarienne proposée est acceptée et pratiquée le 30 avril 1897 par le professeur GAUJARD et par nous.

La paroi utérine est incisée assez haut, le péritoine sectionné est repéré avec des pinces. L'utérus est énucléé, pendant que la masse intestinale est maintenue par un aide avec des compresses bouillies.

La ligature élastique est placée au-dessous de la tête fœtale, sur le segment inférieur de l'utérus, mais n'est pas serrée.

La paroi utérine est incisée, mais elle est tellement mince que le bistouri entame légèrement la peau du dos du fœtus. Celui-ci est extrait vivant et pèse 3,225 gr.

Le lien élastique est alors fortement serré, ses extrémités croisées maintenues par un clamp, remplacé plus tard par une ligature à la soie. Au-dessus, on place deux broches et on pratique l'amputation utéro-ovarique.

Le pédicule est fixé dans l'angle inférieur de la plaie abdominale ; on fait une suture à trois étages de la paroi abdominale et on applique le pansement.

Les suites opératoires sont excellentes ; le pédicule tombe le 26 mai et la malade sort complètement guérie le 20 juin 1897.

OBSERVATION II

Bassin rachitique. — Opération de Porro

L... Marie, primipare, 25 ans, se présente à la clinique, au terme de sa grossesse et en travail, la poche des eaux rompue. L'enfant est vivant.

Cette femme est manifestement rachitique; le diamètre promonto-sous-pubien mesure 7,5 cent.

L'opération de PORRO est pratiquée suivant le même manuel opératoire que la précédente.

Après incision de la paroi abdominale et énucléation de l'utérus, M. GAULARD saisit les pieds du fœtus et veut l'extraire. Il éprouve de la résistance : l'aide a placé le lien élastique au-dessus de la tête fœtale.

Ce lien est enlevé et l'opération terminée sans nouvel incident; mais l'enfant avait succombé.

La mère eut des suites de couches normales; le pédicule se détache le quinzième jour sans avoir présenté la moindre trace de suppuration.

La cavité infundibuliforme se cicatrice facilement et au bout d'un mois la malade sortit en parfait état de santé.

OBSERVATION III

Rétention placentaire. — Opération de Porro

En mai 1899, je suis appelé par un confrère pour terminer un accouchement chez une primi-

pare de 30 ans, dont le bassin est vicié par rachitisme.

Le fœtus, se présentant en OI.D.T., avait cessé de vivre à cause d'une procidence du cordon, dont la réduction n'avait pu être maintenue.

Une odeur fétide, indice de putréfaction intra-utérine, s'exhalait des organes génitaux.

Sans la moindre difficulté, je pratiquai la basiotripsie et terminai l'extraction de ce fœtus.

Obligé de partir, je laissai au confrère le soin de faire la délivrance ; il était 2 heures du soir.

Le lendemain à midi, je suis appelé de nouveau pour extraire le délivre. Depuis la veille, la malade a perdu beaucoup de sang ; elle est fortement déprimée ; une odeur fétide est perçue.

Après désinfection aussi parfaite que possible de la malade, je me mets en devoir de pratiquer la délivrance artificielle ; j'introduis la main dans le vagin, mais un obstacle m'empêche de pénétrer dans la cavité utérine.

Un doigt introduit profondément dans la cavité cervicale constate que l'anneau de BANDL est fortement rétracté ; en suivant le cordon ombilical, je fais quelques essais infructueux de dilatation.

La situation étant grave, je fais diriger la malade vers la clinique.

M. GAULARD tente de nouveau la délivrance sous l'anesthésie au chloroforme sans plus de succès. Il décide, vu l'état de la femme déjà infectée, de la débarrasser au plus vite de ce foyer de

putréfaction par l'amputation utéro-ovarique, qu'il veut bien me confier.

En très peu de temps j'avais fixé le pédicule à l'angle inférieur de la plaie abdominale et terminé le pansement.

La température de l'opérée oscille autour de 38°5 pendant les 5 premiers jours et tombe ensuite à la normale.

La plaie opératoire se trouvait dans les meilleures conditions, les fonctions digestives étaient normales, l'état général très satisfaisant. Le pédicule qui suintait à peine semblait devoir se détacher prochainement. En un mot, on pouvait considérer la malade, sinon comme guérie, au moins comme devant se rétablir complètement.

Il n'en fut rien ; au 15^e jour, notre opérée se plaignit d'un violent point de côté ; le thermomètre monta à 38°9. Il s'agissait d'une pleurésie simple, séro-fibrineuse, qui emporta la malade huit jours plus tard.

OBSERVATION IV

Enchâtonnement du placenta. — Hystérectomie supra-vaginale avec traitement extra-péritonéal du pédicule.

P... Émilie, 19 ans, primipare, entre à la clinique le 13 avril. Elle accouche le même jour, à 9 h. 25 du soir, d'un enfant du sexe masculin pesant 3.500 grammes.

Une demi-heure après l'accouchement, l'interne pratique le toucher vaginal sans pouvoir arriver à l'insertion placentaire du cordon ombilical.

Une heure plus tard, un écoulement sanguin se produit peu abondant, mais continu. On essaie la délivrance par traction et expression combinées ; on échoue. L'interne tente la délivrance artificielle.

La main introduite dans l'utérus rencontre une partie placentaire décollée, enserrée dans un anneau musculaire résistant et contracté ne permettant pas le passage de deux doigts. La main ne peut donc pénétrer dans la loge supérieure qui renferme l'autre portion du placenta.

L'hémorrhagie continuant toujours, le docteur Bué, chef de clinique, est appelé à minuit. Il tente à nouveau la délivrance artificielle, rencontre le même obstacle invincible ; les manœuvres de dilatation n'ont d'autre effet que de déchirer la partie libre du placenta, qui fut enlevée. Un tamponnement utéro-vaginal à la gaze iodoformée est effectué.

Le lendemain, une intervention fut de nouveau tentée sans succès. La température est normale. Injection intra-utérine au permanganate de potasse ; même pansement.

Le 15 avril, lochies brunâtres, fétides ; T. 38° le soir.

Le 16 avril, T. matin 38°2 ; le soir 39°4. P. 120.

Le 17 avril, M. GAULARD pratique l'amputation utéro-ovarique selon la méthode de PORRO.

L'utérus est nettement bilobé et on trouve dans

la corne gauche le reste du délivre en voie de putréfaction.

Au-dessus du pansement abdominal, pour diminuer les chances d'une réaction péritonéale, on place deux vessies remplies de glace. La malade les trouvant trop lourdes parvient à dénouer le lien qui les ferme et la surveillance nocturne faisant défaut, elle se trouve ainsi pendant plusieurs heures au milieu d'un bain glacé.

Dès le lendemain apparurent des signes de bronchite, et bientôt de broncho-pneumonie. La toux devint opiniâtre, incessante ; la malade expectore des crachats spumeux en quantité considérable ; à diverses reprises, ils renferment quelques filets de sang.

La température se maintient constamment entre 38 et 39°.

Cependant la plaie abdominale suit une évolution normale ; le moignon utérin se détache le 12^e jour.

A aucun moment il n'y eut trace de réaction péritonéale. La malade s'affaiblit de jour en jour et succombe le 5 mai, 17 jours après l'opération.

Autopsie. — Plaie abdominale parfaitement cicatrisée ; seule la dépression du moignon persiste, mais ne présente rien d'anormal. Dans les poumons, on trouve les différents stades de la broncho-pneumonie : foyers de congestion, foyers d'hépatisation grise.

Cœur surchargé de graisse ; pas de lésions valvulaires.

En résumé, cette malade a succombé à des accidents pulmonaires de nature infectieuse, dont l'éclosion a été favorisée par le bain froid qu'elle s'était octroyé spontanément et intempestivement.

OBSERVATION V

Bassin rachitique. — Présentation du tronc. Procidence du cordon. — Embryotomie. — Basiotripsie. — Opération de Porro, nécessitée par la contraction de l'anneau de Bandl.

La nommée B., Palmyre, âgée de 36 ans, ménagère, est amenée à la Clinique Obstétricale, le 29 juin 1897, à midi. Les renseignements qu'elle nous donne sont les suivants :

Elle a eu 9 enfants, dont 2 seulement, le deuxième et le neuvième, sont actuellement vivants. Tous sont nés à terme, en présentation du sommet et chaque fois l'accouchement a été facile ; ils étaient assez petits à la naissance, dit la mère.

Enceinte pour la dixième fois, sa dernière période menstruelle datant du 8 octobre 1896 ; elle eut une grossesse facile.

Le 18 juin, vers 8 heures du matin, elle a commencé à éprouver quelques douleurs intermittentes, de faible intensité. Le 19 juin, à minuit, elle s'est réveillée brusquement se sentant mouillée par un flot de liquide abondant. En même temps que le liquide amniotique, le cordon était descendu jusqu'à la vulve.

Une sage-femme appelée reconnut bien la procidence du cordon ombilical, mais rassura sa cliente en lui disant que « quelques bonnes douleurs suffiraient pour arranger l'affaire, et mettre l'enfant en position convenable. »

Le lendemain, à 8 heures, la situation restant la même, un médecin fut appelé et fit conduire la malade à la clinique.

A son entrée, l'état général est satisfaisant et cette femme ne semble nullement fatiguée. Entre les cuisses pend une anse de cordon de 30 centimètres, déjà flétri, de couleur verdâtre et sans battements.

L'auscultation est négative. Par le palper on trouve le fond de l'utérus à 4 travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; l'organe gestateur est fortement rétracté, ce qui empêche la perception nette des parties fœtales. Au toucher, on trouve l'excavation vide ; le col est long, mais perméable ; l'anneau de BANDL, au contraire, est dur, rigide, inextensible ; son ouverture n'est pas plus large qu'une pièce de 5 francs. L'enfant se présente par l'épaule droite en céphalo-iliaque gauche. Les parois de l'utérus sont dures, ligneuses, tétanisées.

La malade est anesthésiée, et M. GAULARD, espérant pouvoir faire la version, introduit la main droite dans les organes génitaux, parvient à dilater progressivement l'anneau de contraction, et pénètre dans la cavité utérine ; mais il lui fut impossible de pratiquer la version.

L'embryotomie rachidienne fut alors faite avec

les ciseaux de P. DUBOIS. L'opération fut très laborieuse à cause de l'élévation de la partie fœtale et de la tétanisation de l'utérus. Quand la section du cou fut achevée, des tractions faites sur le bras droit de l'enfant ne servirent qu'à l'arracher ; il en fut de même du bras gauche ; enfin, le doigt de l'opérateur put pénétrer dans la cage thoracique, y prendre point d'appui et extraire le tronc. Restait la tête. Un doigt fut introduit dans la bouche et accrocha le maxillaire inférieur, mais celui-ci céda. Impossibilité de prendre point d'appui sur les cavités orbitaires. Une basiotripsie s'imposait. Un aide fut chargé de pousser la tête en bas pendant que M. GAULARD essaierait de la perforer. Pendant ces tentatives, une fausse manœuvre de l'aide repoussa la tête de l'enfant en arrière, et fit saillir au-dessus du détroit supérieur la paroi utérine antérieure qui fut perforée. Malgré cet accident, M. GAULARD poursuivit l'opération et parvint à traverser la voûte palatine avec le perforateur, et un peu de pulpe cérébrale s'écoula ; mais il lui fut impossible de terminer la basiotripsie à cause de l'élévation de la partie fœtale au-dessus de l'anneau de BANDL rétracté, et à cause de sa mobilité dans la partie supérieure de l'utérus.

M. GAULARD se décide à pratiquer l'opération de PORRO ; la paroi abdominale est incisée, l'utérus est amené au dehors ; un aide jette sur la partie inférieure de l'utérus un lien constricteur, mais il le place au dessus de la tête de l'enfant. Celle-ci, obéissant alors à la poussée qu'elle subit de haut

en bas descend sur le détroit supérieur, de telle sorte que M. GAULARD peut l'extraire par le vagin. Il termine ensuite l'opération de PORRO.

Après sutures du péritoine et de la peau, on applique un pansement sec.

La malade reprend vite connaissance ; son pouls est très bon, le facies excellent ; elle semble n'avoir subi aucun choc opératoire.

Le lendemain, 21 juin, l'état reste satisfaisant ; le thermomètre marque 37°9 le soir. Les jours suivants, la température est normale ; le pédicule se détache le 5 juillet et la malade guérit dans les meilleures conditions.

OBSERVATION VI

Présentation de l'épaule. — Putréfaction fœtale.

Physométrie. — Rétraction de l'anneau de Bandl. — Opération de Porro. — Guérison.

Le 17 novembre 1898, à 4 heures du soir, on apporte à la clinique la nommée P., Virginie, âgée de 22 ans. Ses antécédents personnels et héréditaires ne présentent rien de particulier à signaler. Il y a deux ans, première grossesse qui se termina à terme par la naissance d'un enfant vivant.

Bonne santé habituelle ; règles régulières. Dernière époque mensuelle : Avril 1898. L'âge de la grossesse est donc de 7 mois.

Huit jours avant son entrée à la clinique, cette femme s'apercevait qu'elle perdait de l'eau sans

éprouver de douleurs. Une sage-femme lui conseilla d'attendre.

Le lendemain, une main se trouvait à la vulve ; toujours même expectation.

Le fœtus succombe à un moment impossible à déterminer ; il ne tarde pas à se putréfier. La sage-femme attend toujours la terminaison de l'accouchement, sans même songer à prendre quelques précautions antiseptiques.

Après sept jours de vaine et cruelle attente, on fait appeler un médecin qui fait transporter la malade à la clinique.

Voici ce que l'on constate :

Femme fatiguée, épuisée ; lèvres sèches, fuligineuses ; haleine fétide. Le bras gauche est sorti des organes génitaux ; il est vert, en état de décomposition avancée. Il dégage une odeur insupportable, écœurante.

Utérus un peu plus volumineux que ne le comporte l'âge de la grossesse. Paroi utérine tendue, rendant impossible la perception des parties fœtales. La percussion donne un peu de sonorité vers le fond de l'organe gestateur.

Col complètement dilatable ; au-dessus de lui, manchette flasque autour du bras défléchi : c'est le segment inférieur de l'utérus. Plus haut, le doigt sent l'anneau de Bandl, enserrant le doigt comme un étau. Deux doigts introduits péniblement parviennent à toucher le gril costal. Même sous chloroforme, cet anneau n'est pas dilatable,

Etat général assez défectueux ; pouls 110 ; tem-

pérature 38°6. Il y a quelques contractions utérines assez espacées et faibles.

En présence de semblables conditions, l'accès de la cavité utérine se trouvant impossible à cause de la rétraction de l'anneau de BANDL, le docteur BUÉ fait prévenir le professeur GAULARD qui confirme le diagnostic : présentation de l'épaule, putréfaction fœtale intra-utérine, physométrie et rétraction du cercle utérin. Il est d'avis d'extraire le fœtus par la paroi abdominale et de compléter par une opération de PORRO.

L'intervention fut rapide, eut les suites les plus simples. Après avoir oscillé entre 37° et 38° pendant quelques jours, la température revient à la normale.

Le pédicule tombe le 12^e jour et la femme sortit complètement guérie 15 jours après.

OBSERVATION VII

Bassin rachitique. — Présentation de l'épaule. — Version par manœuvres internes. — Rétention de la tête dernière. — Embryotomie cervicale en ville. — Opération de Porro à la clinique.

P..., Clémence, 21 ans, primipare, entre dans le service de M. le Professeur GAULARD le 27 avril dans la soirée. Le travail avait commencé la veille ; une sage-femme appelée au début n'avait remarqué rien d'anormal. Le matin du 29, voyant que l'accouchement n'avancait pas, elle fit appeler un

médecin qui demanda ensuite l'assistance d'un confrère.

D'après les renseignements fournis, il s'agissait d'une présentation de l'épaule ; l'un des médecins fit la version et l'extraction du tronc fœtal sans difficultés, mais la tête ne put être dégagée. De nouvelles tentatives furent répétées sans succès dans la journée ; ce voyant, l'embryotomie cervicale fut pratiquée et la malade envoyée à la clinique.

Elle arriva dans un état de faiblesse extrême par suite de la longueur du travail, de la perte de sang et des manœuvres opératoires qu'elle avait subies.

Au palper, on sent au-dessus du pubis une tumeur dure, régulière, arrondie. C'est la tête fœtale, sur laquelle on distingue parfaitement à travers la paroi abdominale sutures et fontanelles, au point que l'on se demande si cette tête est encore dans l'utérus. Elle y est encore, car cette tête est à peu près immobile ; en continuant le palper on trouve, dans le flanc gauche et remontant au-dessus de l'ombilic, une autre tumeur assez consistante, offrant tous les caractères d'un utérus qui vient d'être délivré. Cet examen nous amène à conclure que la tête fœtale doit être logée exclusivement dans le segment inférieur fortement distendu et aminci, le corps de l'utérus se trouvant au-dessus.

Par le toucher vaginal on sent le col revenu sur lui-même, perméable à deux doigts qui touchent la surface sectionnée du cou du fœtus.

La tête est emprisonnée dans le segment inférieur ; on ne peut la faire évoluer pour atteindre la bouche ; en raison de cette adaption parfaite du segment inférieur, M. GAULARD préfère ne pas tenter la basiotripsie et décide la laparotomie.

Toutes précautions prises, il incise la paroi abdominale et arrive rapidement sur la tumeur céphalique. Le segment inférieur est tellement aminci qu'il est transparent et permet d'apercevoir les cheveux du fœtus. Au-dessus de lui est un étranglement correspondant à l'anneau de BANDL, au-dessus duquel est le corps utérin proprement dit.

Le segment inférieur est incisé aussi haut que possible pour permettre de placer le lien élastique au-dessous de l'incision et la tête est extraite.

La ligature élastique placée et serrée, M. GAULARD pratique l'amputation utéro-ovarique. Le moignon est fixé par des broches et des points de suture ; la cavité abdominale est refermée et le pansement est fait.

Les suites opératoires furent excellentes ; malgré son extrême minceur, le pédicule ne se détacha que le vingtième jour. Quelques temps après, la malade sortit complètement guérie.

OBSERVATION VIII

Cancer utérin. — Opération de Porro

La nommée R..., Marie, est âgée de 40 ans. Elle n'a jamais eu d'enfants et s'est toujours bien

✱

portée jusqu'en 1898 ; elle vit alors se développer dans le sein droit une tumeur qui était de nature cancéreuse. Elle se fit opérer ; quelques mois après, il y eut récidence, les ganglions axillaires devinrent très volumineux et quand nous vîmes cette malade, le membre supérieur droit est fortement œdédié et d'une impotence fonctionnelle presque complète. Pendant le cours de cette nouvelle évolution locale du cancer, l'état général devint de moins en moins bon, et peu à peu la cachexie progressait. C'est dans ces mauvaises conditions que la malade vit ses règles ne plus paraître, fin août 1899. C'était le début d'une grossesse, qui, par elle-même, ne présentait rien de particulier et évolua jusqu'à terme.

Le 7 juin 1900, ressentant les premières douleurs, elle fit appeler un médecin qui constata d'abord l'état tout à fait précaire de la malade chez laquelle il reconnut l'existence d'une myocardite.

La tension permanente de la paroi utérine ne peut permettre le diagnostic de la présentation par le palper ; les bruits du cœur fœtal étaient perceptibles à l'auscultation. Le toucher vaginal fait sentir un col encore long, à peine ouvert ; aucune partie fœtale n'est accessible au doigt explorateur. La poche des eaux était intacte.

Le 8 juin, le docteur BUE est appelé par son confrère à examiner la malade. La palpation est encore très difficile ; cependant on arrive à sentir dans la région hypogastrique, à égale distance de l'ombilic et de la symphyse pubienne, une tumeur que l'on croit être l'extrémité pelvienne. La poche

des eaux s'étant rompue spontanément, le col étant devenu perméable, pour deux doigts, le docteur BUÉ parvient à sentir le pôle fœtal inférieur et à diagnostiquer une présentation du siège. Les parois du canal cervical sont très dures, inextensibles, et ne cèdent nullement à quelques tentatives de dilatation manuelle. Cet accouchement devant être manifestement dystocique, la malade est dirigée vers la clinique obstétricale.

Elle entre le 9 juin, à 3 heures du soir. Le professeur GAULARD confirme le diagnostic, mais ne se rend pas non plus un compte exact de la raison qui met obstacle à la descente de la partie fœtale. Le col ayant conservé ses mêmes caractères de rigidité, l'accouchement par les voies naturelles n'est pas possible, et quoique l'enfant ait succombé, M. GAULARD pratique l'opération de PORRO, à 5 heures du soir.

Il n'y a aucun incident ; le fœtus qui se présentait par son extrémité pelvienne est extrait ; il pesait 4,000 gr.

Après l'ablation de l'utérus et des annexes, on eut l'explication du défaut d'engagement ; il y avait sur la paroi postérieure de l'utérus une infiltration cancéreuse de l'organe formant une véritable tumeur interstitielle, qui constituait l'obstacle. Il est hors de doute que la rigidité du col était de même nature. La ligature élastique put néanmoins être placée au-dessous de la masse indurée.

Les suites opératoires furent très simples ; il n'y

eut aucune réaction péritonéale, mais malgré les injections de sérum artificiel, la malade alla s'affaiblissant de plus en plus et succomba aux progrès de la cachexie et de la myocardite, le 5^e jour après sa délivrance.

OBSERVATION IX

Rupture de l'utérus. — Extraction du fœtus par les voies naturelles. — Laparotomie et amputation utéro-ovarique.

C., Berthe, 32 ans, ménagère, entre à la clinique obstétricale, le 27 octobre 1901, à 10 heures du soir.

Elle a commencé à marcher à l'âge de 3 ans ; réglée à 15 ans, elle le fut toujours d'une façon régulière et normale. Un premier accouchement, il y a 3 ans, a été terminé par une application de forceps.

Il y a un an environ, elle fit une fausse couche de 6 mois. La grossesse actuelle est donc la troisième ; les dernières règles datent du 26 janvier 1901.

. Apparition des premières douleurs le 27 octobre à 6 heures du soir.

A l'entrée de la malade, à 10 heures, le col effacé admet facilement l'introduction de l'index ; la poche des eaux est intacte, le fœtus se présente en O. I. G. A., le bassin n'est pas vicié.

Battements du cœur fœtal normaux.

Le travail suit un cours régulier ; les contrac-

tions utérines se répètent à peu près toutes les dix minutes ; à une heure du matin, le 28 octobre, la rupture de la poche des eaux se fait spontanément, et la dilatation du col atteint les dimensions de la paume de la main ; la tête s'engage de plus en plus et à 3 heures la dilatation est complète. La parturiente fait de grands efforts d'expulsion.

Brusquement, pendant un effort de vomissement, la malade ressentit une vive douleur dans le flanc gauche. Dès lors, les contractions utérines cessèrent complètement, les battements du cœur fœtal allèrent s'affaiblissant.

La malade voulait se lever et s'asseoir, sous prétexte qu'elle souffrait moins que dans le décubitus dorsal ; son pouls devenait moins fort et en même temps plus rapide, 120 pulsations à la minute ; la face pâlisait, le corps tout entier devenait froid.

Le docteur BUÉ, appelé, porta le diagnostic de rupture utérine et fit prévenir le professeur GAU-LARD. Entre temps, on fit des injections de caféine et de sérum artificiel, on réchauffa la malade.

Pour éviter tout traumatisme, l'enfant fut extrait avec le basiotribe ; il pesait 3.800 grammes sans pulpe cérébrale.

Il s'écoula aussitôt du sang liquide et des caillots ; la délivrance artificielle fut pratiquée aussitôt, ce qui permit de confirmer le diagnostic de rupture utérine du côté gauche, siégeant sur le segment inférieur. L'exploration interne ne permit pas d'affirmer si la rupture était complète ou incomplète. L'hémorrhagie persistant, on anesthésia la malade

à l'éther, et on fit la laparotomie, qui permit d'établir le diagnostic de rupture complète. Une certaine quantité de sang était épanchée dans la cavité abdominale.

L'utérus fut amené au dehors et une ligature élastique fut posée aussi bas que possible, sur le segment inférieur ; on vit un peu plus tard qu'elle affleurerait la voûte vaginale.

On fit l'amputation utéro-ovarique à deux centimètres au-dessus ; le moignon fut traversé par deux broches et fixé en bas de la plaie abdominale.

La cavité abdominale fut nettoyée à l'aide de compresses bouillies et l'abdomen fut refermé ; on eut soin de drainer avec une mèche de gaze placée contre le pédicule.

Le pansement terminé, on s'aperçut que la malade perdait encore du sang par la vulve : on appliqua un tamponnement vaginal à la gaze iodoformée.

Pendant toute l'opération qui fut de courte durée, la malade reçut une injection de un litre de sérum artificiel ; elle fut replacée dans un lit chauffé ; dans la journée, nouvelles injections de sérum de 250 grammes.

T. le soir 37°4.

29 octobre, T. m. 37°2. P. 112.

s. 38°3. P. 120.

Sérum artificiel et caféine.

30 octobre, T. m. 38°2. P. 120.

s. 38°5. P. 120.

Les jours suivants, le thermomètre marqua 38°, 37°6. A aucun moment, il n'y eut de réaction péritonéale, mais on observa une suppuration abondante du pédicule, qui se détacha le 14 novembre.

Dès ce moment, la température redevint normale, la malade commença à s'alimenter ; le cratère pédiculaire ne tarda pas à bourgeonner et l'opérée put sortir le 8 décembre.

Nous l'avons revue depuis sa sortie : l'état général est très satisfaisant ; la paroi abdominale est tout-à-fait résistante.

Examen des Observations

Sur les neuf faits rapportés, une fois seulement l'enfant est né vivant ; tel est le résultat brut, qui semble au premier abord absolument défectueux. Mais nous ferons remarquer que deux fois seulement l'enfant était encore vivant au début de l'opération : l'un vécut ; l'autre succomba pendant l'extraction pour la raison suivante : la ligature élastique posée d'abord au-dessus de la tête fœtale, empêcha une extraction rapide. Avec un peu plus d'attention la mort de ce fœtus eût pu être évitée.

Pour la mère, voici ce que nous apprennent nos observations :

6 guérisons, soit 66 %.

3 morts, soit 34 %.

Recherchons les causes de cette mortalité.

Dans l'observation VIII, la cachexie cancéreuse, la myocardite, sont plus que suffisantes pour expliquer la mort ; il serait injuste d'en accuser l'opération de PORRO, d'autant que, pendant les 5 jours de survie, il ne se présenta rien d'anormal du côté de l'abdomen. La malade s'éteignit doucement, progressivement, tout-à-fait épuisée.

Les deux faits d'amputation utéro-ovarique pour rétention placentaire donnèrent deux morts. Le résultat semble moins encourageant pour la méthode que nous ne l'avons indiqué au chapitre « Hystérectomie dans l'infection puerpérale. »

Dans ces deux faits, dans le premier surtout, nous avons joué de malheur. Au moment où tout semblait fini, en pleine convalescence, une pleurésie, véritable infection aiguë, intercurrente, sans rapport avec l'état antérieur, ni avec l'opération, enleva notre opérée. Si encore il se fût agi d'une pleurésie purulente, nous pourrions penser à une forme localisée de septicémie ; mais nous étions en présence d'une pleurésie séro-fibrineuse. Un cas semblable doit être regardé comme une guérison.

L'observation IV se rapporte à une malade déjà profondément infectée ; l'infection continua malgré l'ablation de l'utérus et se fixa sur l'appareil respiratoire. Une intervention plus précoce eut sans doute sauvé la malade ; nous devons aussi tenir compte du bain glacé qui n'a pas été sans influence sur la localisation pulmonaire.

Les indications des opérations de PORRO à la

clinique obstétricale de Lille, peuvent se résumer ainsi :

1. — Viciation pelvienne
rachitique 2 cas, 2 guérisons
 2. — Rétention placentaire 2 » 2 morts
 3. — Rétention dans l'uté-
rus de la tête seule avec
l'impossibilité ou danger
de l'extraire par les voies
naturelles 2 cas, 2 guérisons
 4. — Rétraction de l'an-
neau de BANDL et putré-
faction intra-utérine d'un
foetus se présentant par
l'épaule 1 cas, 1 guérison
 5. — Cancer utérin . . . 1 cas, 1 mort
 6. — Rupture utérine . . 1 cas, 1 guérison.
-

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

CHAPITRE I

Olshausen. — Congrès de Moscou, 1897. In ann. Gyn.
1897.

Léopold et Haake. — Ann. Gyn., 1898.

Léopold. — Congrès d'Amsterdam, 1899. In ann. Gyn.
1899.

Veit. — Real Encycl. der gesamm. Heilkunde, 1901.

Pestalozza. — Congrès d'Amsterdam, 1899. In ann.
Gyn. 1899.

Barnes. — Congrès d'Amsterdam, 1899.

Reed. — Amer. J. of Obst., 1900.

Reynols. — Amer. J. of Obst., 1899.

Williams. — Amer. J. of Obst., 1900.

Davis. — Amer. J. of Obst., 1901.

Franck. — Cent. f. Gyn. 1882 et 1899. Monast. f. Geb.
1900.

R. v. Braun. — Arch. f. Gyn., 1899, p. 320.

Jewett. — Arch. f. Gyn., 1899, p. 320.

Pinard. — Congrès d'Amsterdam, 1899. In ann. Gyn.
1899.

Bar. — Leçons de pathologie obstétricale, 1900.

Maygrier. — In Tarnier et Budin. T. IV.

- Castellon.** — Thèse Paris, 1900.
Demelin. — Ann. Soc. Obst. de France, 1895.
Abel. — Arch. fur Gyn., p. 294.
Smyly. — Dublin J. of. med. sc., 1896.
Rein. — Presse médicale, 1896.
Schneider. — Centr. fur Gyn., 1895.
Guéniot. — Acad. de Médecine, 3 juillet 1894.
Woyer. — Monast. f. Geb. und Gyn. T. VI, p. 192.
Carstens. — Journal of the Ann. Med. Assoc., 1897.
Boldt. — Ann. J. of. Obst., juillet 1898.
Hubl. — Monast. f. Geb., oct. 1900.
Routh. — Trans. of the Obst. Soc. of London, 1900.
Targett. — M. American J. of Obst., 1900.
Krukenberg. — Arch. fur. Gyn., 1886.
Jorand. — Thèse Paris, 1896.
Morisani. — Congrès de Rome, 1894.
Pinard. — Ann. de Gyn. et d'Obstétrique, 1891 à 1899.
Zweifel. — Congrès de Moscou, 1897.
— Congrès de Rome, 1894. Ann. Gyn., 1894.
Kufferath. — Bull. Ac. Roy. de Méd. de Belgique, 1894.
Varnier. — Ann. Gyn., 1893.
— Congrès de Moscou, 1897. Ann. Gyn., 1897.
Winckel. — Congrès de Moscou, 1897. Ann. Gyn., 1897.
Audebert. — Arch. Tocolog. et de Gyn., février et mars 1895.
Porak. — Bull. de la Soc. Obst. et Gyn., oct. et nov. 1894.
Küstner. — Ann. de Gyn., 1897, p. 285.
Bajon. — Thèse Paris, 1900.
Queirel. — Annales de Gyn., 1896.
Couvelaire. — Soc. Obst. Gyn. et de Pœd., 6 oct. 1889.
Varnier. — Soc. Obst. Gyn. et de Pœd., 22 avril 1901.
Fochier. — Arch. Tocol., sept. 1897.
Pinard. — Ann. Gyn., nov., déc. 1897. Janvier 1880.

- Maygrier.** — Thèse Paris, 1880.
Dakin. — Ann. J. of Obst., 1900.
H. Spencer. — J. of Obst., 1900.
Pinard. — Acad. Méd., 1897.
Varnier et Delbet. — Ann. Gyn., 1897.
Siebourg. — Monast. f. Geb., Juin 1898, p. 629.
Lambret. — Ann. Gyn., 1900.
Gerboud. — Thèse Paris, 1899.
Ricquoir. — Thèse Paris, 1899.
Charles. — Soc. Obst. de France, 1899.
Berlin. — Opération césarienne, 1899.
Fritsch. — Cent. f. Gyn., 1897, p. 561.
Muller. — Cent. f. Gyn., 1898, p. 226.
Everke. — Cent. f. Gyn., 1898, p. 106.
Franck. — Gaz. Hebd. Med. et Chir., 1901.
Gummert. — Monast. f. Geb., Juin 1900.

CHAPITRE II

- Meslay.** — Thèse Paris, 1897.

CHAPITRE III

- Halberstma.** — Cent. f. Gyn., 1889, n° 51.
 — Congrès de Genève, 1896.
Werthein. — Viener Klinis. Woch., 1892.
Moran. — Congrès de Paris, 1900.
Dührssen. — Soc. méd. de Berlin, 1892.
Olshausen. — Congrès de Genève, 1896. — C. f. g. 1900.
Mangiagalli. — Congrès de Genève, 1896.
Biermer. — Munch. Med. Woch., n° 44.
Hillmann. — Monasts. f. Geb. u. Gyn. Bd. X. H. 2.
Freund. — Berl. Klin. Woch., n° 8.
Williams. — Am. J. of Obst., 1901.
Ribemont-Dessaignes et Lepage. — Précis d'obstétrique.

CHAPITRE IV

- Brindeau.** — L'Obstétrique, 1901 (voir bibliographie).
Hirst. — Am. J. of obst., 1900.
Delbet. — Bull. Soc. de Chir., 1901.
Baldy. — Am. J. of obst., 1901.

CHAPITRE V

- Pinard.** — Soc. d'Obst., de Gyn. et de Poediatricie, 1900.
Potocki. — Soc. d'Obst., de Gyn. et de Poediatricie, 1900.
Varnier. — In fonctionnement de la maison d'accouchements Baudelocque, 1900.
Le Bigot. — Thèse Paris, 1899.
Queirel. — Leçons de clinique obstétricale, 1901.

CHAPITRE VI

- Bué.** — Soc. obst. de France, 1898.
Defouilloy. — Thèse Lille, 1898.
Demelin. — Soc. obst. de Paris, nov. 1901.
Hergott. — Ann. de gynéc., 1897.
Ferré. — Rev. mens. de Gyn. et d'Obst. de Bordeaux, 1901.

CHAPITRE VII

- Pozzi.** — Soc. d'Obst., de Gyn. et de Poedi., 1901.
Legueu. — Soc. d'Obst., de Gyn. et de Poedi., 1901.
Segond. — Soc. d'Obst., de Gyn. et de Poedi., 1901.
Merttens. — In revue de Gynécologie (Pozzi), 1901.
Solowlj. — In revue de Gynécologie (Pozzi), 1901.
Schaeffer. — Atlas-Manuel d'obstétrique, 1901.
H. Wells. — Med. Rec., mai 1900.
Maygrier. — In Tarnier et Budin. T. III.
Demelin. — Obstétrique d'urgence, 1901.

- Potocki.** — Traduction française de Schaeffer.
Bouilly. — Soc. d'Obst., de Gyn. et de Poed., 1901.
Pinard. — Soc. d'Obst., de Gyn. et de Poed., 1901.
Champetier de Ribes. — Soc. d'Obst., de Gyn. et de Poed., 1901.
Gaulard et Bué. — Thérapeutique obstétricale, 1900.
Pfannestiel. — In revue de Gyn. de Pozzi, 1901.
Labadie-Lagrave et Leguen. — Traité de Gynécologie.
Bellœuf. — Thèse Paris, 1900.
Draghiesco et Christian. — Am. j. of. obst., 1900.

CHAPITRE VIII

Pour bibliographie antérieure à 1900 voir :

- Lefour.** — Th. Agrégation, 1880.
Pujol. — Th. Montpellier, 1896.
Turner. — Th. Paris, 1900.

Auteurs cités par nous, non signalés in Turner :

- Budin.** — Soc. obst. de France, 1897.
Fochier. — Soc. obst. de France, 1897.
Guéniot. — Soc. obst. de France, 1887.
Delassus. — Semaine Gynécologie, 1899.
Vautrin et Schuhl. — L'obstétrique, mars 1899.

Travaux récents :

- Turner.** — Th. Paris, 1900.
Drouart. — Th. Nancy, 1900.
Lucas. — Th. Paris, 1900.
Lepage. — Ann. Gyn. et obstétr., 1900.
Rudaux. — Comptes-rendus Soc. obst. Gyn. Poediatricie Paris, 1900.
Delagénière. — Comptes-rendus Soc. obst. Gyn. Poediatricie, Paris, 1900.

- Eustache.** — Journal. Sc. Méd. de Lille, nov. 1900.
Guillaume et Keiffer. — Sem. Gynéc., 16 oct. 1900.
Ferré. — Rev. d'obst. et Gynéc., Bordeaux, 1901.
Olivry. — Thèse Paris, 1900.
Boursier. — Congrès de Nantes, 1901.
Pinard, Richelot, Schwartz, Varnier. — Comptes-rendus de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de Poediatric, Paris, 1901.
Morestin. — Soc. anatom., Paris, 1901.
Thumin. — In. Ann. Gyn. et obst., 1902 (Labusquière).
Dartigues. — Thèse Paris, 1901.

CHAPITRE IX

- Forné.** — Thèse Paris, 1901, n° 503.
Trask. — Am. J. of. méd., Sc. 1848.
— Am. J. of. méd., Sc. 1856.
Jolly. — Thèse Paris, 1870.
Budin. — Société d'obstétrique de Paris, 1901.
Klien. — Ach. f. Gyna. Bd. 62. Herf 2, p. 193.
Schmit. — Monat. f. Gab. u. Gyn., Sept. 1900.
Schultz. — Monat. f. Gab. u. Gyn., Sept. 1900.
Franz. — Soc. obst. cf. gyn. de Dresde, 1884. — Cent. f. gyn. 1885.
Baur. — Zeitschrift für. Geb. u. Gyn. XLV. 1., p. 154.
Tarnier. — Asepsie et antisepsie en obstétrique.
Maygrier. — In Tarnier et Budin. T. III.
Blasart. — Thèse Paris, 1900, n° 133.
H. Spencer. — Soc. obst. of. London, Juin 1900.
Horrocks. — Soc. obst. of. London, Juin 1900.
Herman. — Soc. obst. of. London, Juin 1900.
Kroner. — Cent. f. gyn., Déc. 1896.
Brossard. — Thèse Paris, 1890.
Cholmogoroff. — Zeits. für Geb. uni. Gyn., 1895.

- Neugebauer.** Zeits. für Geb. uni. Gyn., 1898.
Chrobak. — Zeits. für Geb. uni. Gyn. 1898.
Solovij. — Cent. für Gyn., 13 nov. 1899.
Dührssen. — Zeits. f. Geb. n. Gyn., 1898.
Winter. — Zeits. f. Geb. n. Gyn., 1896.
Ivanow. — Cent. f. Gyn., 1898, p. 33.
Fritsch. — Cent. f. Gyn., 1896, n° 1.
Schroeder. — Zeits. Geb. n. Gyn., 1892, n°
Léopold. — Cent. f. Gyn., 1888, p. 420.
— Arch. f. Gyn., 1889, p. 234.
— Arch. f. Gyn., 1896, p. 376-388.
Christeanu. — Annales Gyn. et obstétrique, Avril 1901.
Weiss et Schull. — Ann. Gyn. et obst., Avril 1900.
Varnier. — Congrès de Nantes, 1981.
— Ann. Gyn. et obst., 1901.
Merz. — Arch. f. Gyn., 1893.
Maygrier. — In Tarnier et Butin, T. III.
Krajewski. Monast. f. Geb. u. Gyn., Déc. 1896.
Orthmann. — Cent. f. Gyn., 1898, n° 9, p. 240.
Jurinka. — Cent. f. Gyn., 1898, n° 20, p. 561.
Wehle. — Cent. f. Gyn., 1899, n° 14, p. 383.
Pestalozza. — L'obstétrique, 1899, p. 174.
Delagénière. — Ann. Gyn., Fév. 1900, p. 88.
Coe. — The Med. Record, 1889, p. 478-480.
— Am. J. Obst., 1891, p. 587-593.
Lepage. — Fonctionnement de la Maison d'accouchements Baudelocque, 1892-1897-1898.
Mars. — Przegląd lekanski, Krakow, 1897.
Branham. — Maryland med. Journ. Baltimore, 1897.
Loussot. — Gazette des Hôpitaux, 1898, p. 1067.
Ribemont Dessaignes et Lepage. — Précis d'obstétrique.
Barnsby et Mercier. — Bull. de la Soc. d'obst. de Paris, 1899.
Fournier. — Bull. de la Soc. d'obst. de Paris, 1899.

- Herbert Spencer.** — *Britisch. Med. Journ.*, 1900.
Winckel. — *Therapie der Gegewart*, 18 mai 1901, p. 515
Doktor. — *C. f. Gyn.*, 30 Déc. 1899, n° 52.
Wendel. — *Med. Rec.*, 26 Mai 1900.
Mari. — *Arch. di Obst. et Gyn.*, Anno VII, n° 4.
Clarence Webster. — *Am. J. of obst.*, 1901.
Franz. — *Am. J. of Obst.*, 1901, p. 122.
Pinard et Paquy. — *In fonctionnement de la maison d'accouchements Baudelocque*, 1900.
Hartmann. — *Ann. Gyn. et Osbst.*, 1901.

CHAPITRE X

- Noble.** — *The am. J. of. obst.*, août 1896.
Milaender. — *Zeit. f. Geb. u. Gyn.* XXXIII.
Dorland. — *Univ. Med. Magaz.*, décembre 1896.
Villeneuve. — *Thèse de Toulouse*, 1899.
Dickinson. — *The. Am. J. of. obst.*, juillet 1901.
Cragin. — *The. Am. J. of. obst.*, juillet 1901.
Charles. — *Med. Record.*, 1901.
Demelin. — *L'obstétrique*, 1896.
Rudaux. — *Soc. obst. Gyn. et Poed.*, 1900.
Pape. — *In. l'obstétrique*, 1901.
Kallmorgen. — *Zeits. f. Geb. u Gyn.*, T. IV, f. 2.
Berndt. — *In Revue de Gynécologie*, 1901.
Werder. — *The am. J. of. obst.*, 1899.

CHAPITRE XI

- Wintrebert.** — *Thèse Paris*, 1895.
Maygrier et Demelin. — *Arch. Tocologie*, 1892.
Pinard et Wallich. — *Traitement de l'infection puerpérale*, 1896.
Ribemont-Dessaignes et Lepage. — *Précis d'obstétrique*.
Bonamy. — *Thèse Paris*, 1900.

- Brindeau.** — In Tarnier et Budin. T. IV.
Demelin. — Obstétrique d'urgence.
Tuttle. — Boston medical and surgical journal, 1895.
T. 133, p. 561.
Wetbrill. — Am. J. of. obst., 1896. II. 437.
Cartledge. — Am. gyn. and obst. journ., janvier 1896.
Currier. — Am. gyn. and obst. journ., mars 1896.
Laphorn Smith, Price, Da Costa, Ch. P. Noble. — Journ.
of. amer. med. association, 1895, t. 25, p. 268.
Holmes. — Journ. of. am. med. assoc. T. II, p. 901.
Cragin. — Am. gyn. a. obst. journ., mars 1896.
Vineberg. — Am. J. of. med. sc., fév. 1900.
Metcalf. — Am. J. of. obst. T. 42, p. 510.
Tuffier. — Bull. et Mém. de Soc. de Chirurgie, 1899,
p. 795.
— Février, mars, avril, 1901.
Rochard. — Bull. et mém. Soc. de Chir.
Maucclair. — Bull. et mém. Soc. de Chir., février, mars,
avril, 1901.
Piqué. — Bull. et mém. Soc. de Chir., février, mars,
avril, 1901.
Terrier. — Bull. et mém. Soc. de Chir., février, mars,
avril, 1901.
Ricard. — Bull. et mém. Soc. de Chir., février, mars,
avril, 1901.
Reygnier. — Bull. et mém. Soc. de Chir., février, mars,
avril, 1901.
Second. — Bull. et mém. Soc. de Chir., février, mars,
avril, 1901.
Faure. — Chirurgie des annexes de l'utérus, 1901.
Benoist. — Thèse Paris, 1901.
Dramard. — Thèse Paris, 1901.
Bréhier. — Thèse Paris, 1899.
Georghiu. — Thèse Paris, 1899.

Zipperlen. — Thèse Tubingen, 1899.

Tissier, Porak, Budin. — Société d'obstétrique de Paris, novembre 1901.

Boldt. — Am. j. of. obst. T. 43, 1901.

Hirst. — Am. J. of. obst. T. 43, 1901.

La Torre. — In l'Obstétrique, 1901.

Queirel. — Leçons de clinique obstétricale, 1901.

CHAPITRE XII

Pinard. — Clinique obstétricale, 1898.

Rémy. — Thèse Agrégation, 1883.

Maygrier. — In Tarnier et Budin. T. III.

Mortagne. — Thèse Paris, 1897.

Claverie. — Thèse Paris, 1895.

Thévenot. — Ann. Gyn., 1878.

Vitanza. — Riforma medica. Naples, 1892.

Rudaux. — Soc. Obst. Gyn. Poed. 1^{er} décembre 1899.

CHAPITRE XIII

Dührssen. — Cent. cf. Gyn., 31 juillet 1897.

A. d'Alessandro. — Arch. ital. di. gin., 31 octobre 1899.

Maygrier. In Tarnier et Budin. T. IV.

CHAPITRE XIV

Cohnstein. — Cent. f. Gyn., 1881, p. 289.

Sanger. — Arch. f. Gyn., 1882, Band XIX, p. 370.

— Cent. f. Gyn., 1890, p. 169.

Fritsch. — Cent. f. Gyn., 1897, n° 20, p. 561.

Schroeder. — Monast. f. Geb. u. Gyn., 1898, T. VII.

Clément. — Cent. f. Gyn., 1898, n° 10, p. 249.

Haidenhain. — Cent. f. Gyn. 1898, p. 633.

Siedentopf. — Cent. f. Gyn., 1898, p. 93.

-
- Hain.** — Cent. f. Gyn., 1898, p. 779.
Joannowsky. — Monats. f. Geb., 1897, T. VI.
Thumin. — Cent. f. Gyn., 1899, n° 19, p. 541.
Braitenberg. — Cent. f. Gyn., 1899, n° 19, p. 542.
Perlis. — Cent. f. Gyn., 1899, n° 19, p. 550.
Cryzewicz. — Cent. f. Gyn., 1899, n° 12, p. 313.
Everke. — Cent. f. Gyn., 1898, p.
Riedinger. — Cent. f. Gyn., 1898, p. 162.
G. Braun. — Geb. gynak gessellschaft zur wien, 22 Juin
1897.
Schaller. — Cent. f. Gyn., 1898, p. , n° 7.
Steinthal. — Cent. f. Gyn., 1898, p. 345.
Franck. — Gaz. Hebd. méd. et Chir., 13 Oct. 1898.
Muller. — Cent. f. Gyn., 1898, p. 226.
Kehrer. — Arch. f. Gyn., 1882, p. 177.
Abel. — Arch. f. Gyn., T. 58, p. 339.
H. Hulb. — Monats. f. Geb., octobre 1900.
Holzapfel. — Monats. f. Geb. Bd. XIII, H. 1, 2, 3, 4.
Bar. — Leçons de Pathologie obstétricale.
Gerboud. — Thèse Paris, 1899 (Bibliographie).
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
PRÉFACE.	3
INTRODUCTION	7
CHAPITRE PREMIER.	15
L'Opération césarienne dans les viciations pelviennes.	15
I. — Bassins rachitiques	15
Résultats opératoires	46
Résultats de l'embryotomie	48
Résultats de l'opération césarienne	49
Résultats de la symphyséotomie.	50
Accidents et complication de la césarienne conservatrice	52
Accidents et complications de la symphy- séotomie.	59
Indications relatives de l'opération césarienne et de la symphyséotomie	76
II. — Bassins cyphotiques	82
III. — Bassins asymétriques.	84
IV. — Bassins couverts	85
V. — Bassins obstrués et déformés par tu- meurs solides développées aux dépens des os	85
VI. — Bassins ostéomalaciques	86

	Pages
L'Opération de PORRO dans les rétrécissements pelviens	87
Indications	89
Résultats de l'opération de PORRO	109
CHAPITRE DEUXIÈME	113
Ostéomalacie	113
CHAPITRE TROISIÈME	117
L'Opération césarienne dans les accès éclam- tiques	117
CHAPITRE QUATRIÈME	123
L'Opération césarienne dans les atrésies du vagin	123
Une opération césarienne pour cancer du rec- tum	128
CHAPITRE CINQUIÈME	131
L'Opération césarienne dans la rigidité du col	131
CHAPITRE SIXIÈME	139
Les indications de l'opération de PORRO dans les cas de putréfaction fœtale intra-utérine	139
CHAPITRE SEPTIÈME	149
De l'hystérectomie dans le cancer du col de l'utérus pendant la grossesse et l'accou- chement	149
Pendant la grossesse	149
De la survie après hystérectomie	163
Pendant le travail	167
Dangers de l'accouchement prolongé	167
Danger des interventions par la voie vagi- nale	167
Supériorité de la laparotomie et de l'hysté- rectomie	168
Opération césarienne conservatrice ou opé- ration de PORRO ou hystérectomie abdo- minale totale	169
Conclusions	171

	Pages
CHAPITRE HUITIÈME	173
Des indications de l'hystérotomie et l'hystérectomie dans les tumeurs fibreuses compliquant la grossesse et l'accouchement.	173
Conduite à tenir pendant la grossesse compliquée de tumeurs fibreuses de l'utérus.	198
Interruption artificielle de la grossesse.	209
Ablation de la tumeur. — Myomectomie.	215
Hystérectomie.	227
Conduite à tenir pendant le travail.	237
Opération césarienne conservatrice	250
Opération césarienne et castration	253
Hystérotomie et Myomectomie	254
Opération de PORRO.	254
Hystérectomie subtotale.	257
Hystérectomie abdominale totale	259
Symphyséotomie	264
Conclusions	269
CHAPITRE NEUVIÈME.	271
De l'hystérectomie dans les ruptures utérines.	271
Méthodes de traitement de la rupture utérine	275
Indications de l'hystérectomie abdominale	291
Des différents procédés d'hystérectomie dans le traitement des ruptures utérines.	294
Hystérectomie totale	295
Hystérectomie partielle	299
Conclusions	307
CHAPITRE DIXIÈME.	309
Indications de l'opération césarienne dans la dystocie consécutive aux opérations pratiquées sur l'utérus.	309
Hystéropexie abdominale antérieure ou ventro-fixation.	309
Hystéropexie vaginale ou vagino-fixation	312

	Pages
CHAPITRE ONZIÈME.	315
De l'hystérectomie dans l'infection puerpérale aiguë.	315
Conclusions	368
CHAPITRE DOUZIÈME	369
Indications de l'opération césarienne dans les hémorragies par décollement prématuré du placenta normalement inséré.	369
L'opération césarienne dans la grossesse et l'accouchement compliqués de kyste ova- rique	370
L'opération césarienne post mortem et chez les femmes enceintes agonisantes.	371
De l'hystérectomie dans la grossesse molaire	374
De l'hystérectomie dans l'inversion utérine puerpérale récente.	375
L'opération césarienne dans la rétraction de l'anneau de BANDL	375
Opération de PORRO dans un cas de contrac- ture du corps utérin, au cours d'une pré- sentation de l'épaule. Mort par sphacèle de l'intestin	375
L'opération césarienne dans l'insertion vi- cieuse du placenta.	380
CHAPITRE TREIZIÈME.	385
L'Opération césarienne vaginale.	385
Technique opératoire	388
CHAPITRE QUATORZIÈME	391
Technique de l'opération césarienne conserva- trice	391
De l'incision de la paroi utérine.	399
Technique de l'opération de PORRO	407
Technique de l'hystérectomie abdominale subtotale	410
Technique de l'ablation de l'utérus dans les ruptures complètes de l'organe	412
OBSERVATIONS	415
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.	439

LILLE. — IMPRIMERIE LE BIGOT FRÈRES.



25.D.81.

Hysterotomie et hysterectomie e1903

Countway Library

BEB0786



3 2044 045 624 632

25.D.81.

Hysterotomie et hysterectomy e1903

Countway Library

BEB0786



3 2044 045 624 632